

zur Prüfung der Qualität nach §§ 114 ff. in der ambulanten Einrichtung

Diakonie-Sozialstation Bautzen		Medizinischer Dienst Sachsen	
Karl-Liebknecht-Str. 14		Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung	
02625 Bautzen		Am Schießhaus 1	
		01067 Dresden	
		Telefon: 0351/80005-7000	
Prüfung am:	Gutachter:		
30.05.2024	Neumann, Andreas		
	Jahn, Katharina		
Gutachtendatum	Helgest, Katja		
17.06.2024			
Gutachten-Nr.:	240226-25-000002203		
Auftrags-Nr.:	240530VA25867500-000002203		

Prüfmaßstab

Die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Sachsen beauftragten den Medizinischen Dienst Sachsen mit einer Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI neuester Fassung in der Diakonie - Sozialstation Bautzen, Karl- Liebknecht- Straße 14 in 02625 Bautzen.

Gegenstand der Regelprüfung waren Teilbereiche der Struktur- und Prozessqualität sowie die Überprüfung der Ergebnisqualität der Pflegeeinrichtung.

Die Prüfung umfasste auch die Abrechnung der vom Pflegedienst erbrachten Leistungen nach § 36 SGB XI und nach § 37 SGB V.

Grundlagen der Prüfung:

- das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) in der aktuell geltenden Fassung
- die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §§ 114 ff. SGB XI – Qualitätsprüfungs-Richtlinie in der aktuell geltenden Fassung – QPR Teil 1a Ambulante Pflegedienste
- die Vereinbarung nach § 115 Abs. 1 a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten – Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) – in der aktuell geltenden Fassung
- die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege in der aktuell geltenden Fassung
- der Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung im Freistaat Sachsen in der aktuell geltenden Fassung
- die Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V
- die Rahmenempfehlung nach § 132l Abs. 1 SGB V
- die abrechnungs- und vergütungsrelevanten Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst (u. a. Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI, Verträge nach § 132a SGB V),
- die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) und die Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Nr. 1 SGB V in der aktuell geltenden Fassung
- die qualitätsrelevanten Inhalte des Versorgungsvertrags nach § 72 SGB XI
- der aktuelle Stand des Wissens
- die Expertenstandards
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- die für die Qualitätsprüfung relevanten Inhalte der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV)

Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner wurden über den Prüfauftrag und den Ablauf der Qualitätsprüfung informiert.

Des Weiteren wurden die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner darüber informiert, dass nur die Unterlagen der Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden können, die im Rahmen der Qualitätsprüfung vorgelegt werden.

Auf den beratungsorientierten Prüfansatz wurde verwiesen.

In die Qualitätsprüfung wurden insgesamt acht Personen einbezogen.

Die Pflegebedürftigen wurden innerhalb der Pflegegrade, entsprechend den Vorgaben der QPR zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe, ausgewählt.

Es konnte gemäß den Vorgaben der QPR zur Beurteilung der Leistungen des Pflegedienstes im Bereich der Behandlungspflege zusätzlich keine weitere Person einbezogen werden, da keine der durch den Pflegedienst versorgten Personen bzw. deren Vorsorgebevollmächtigte/Betreuerinnen und Betreuer ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung erteilt haben.

Zufriedenheitsbefragung:

Sieben der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen konnten zur Zufriedenheit befragt werden.

Weitere Angaben:

Die Einwilligung der versorgten Personen / Pflegebedürftigen bzw. deren Betreuerinnen und Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigten zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung wurde gemeinsam durch die Gutachterinnen oder Gutachter und Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner der Pflegeeinrichtung eingeholt. Es erfolgte eine ausführliche Information der betreffenden Personen über Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme, den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung. Es wurde darauf hingewiesen, dass im Falle der Ablehnung keine Nachteile für die versorgte Person / den Pflegebedürftigen entstehen.

Zusätzliche Anmerkung:

Die detaillierten Erläuterungen zu den im Teil I unter 3. „Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“ benannten Defiziten können dem jeweiligen Abschnitt im Teil II des Prüfberichtes entnommen werden.

Den vorgelegten Unterlagen entnommene Zitate wurden ohne Korrektur der Rechtschreib- und Grammatikfehler im Prüfbericht aufgeführt.

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

1.1 Auftragsnummer (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
----------------	----------------------------

1.2 Daten zum Pflegedienst (M/Info)

a.	Name	Diakonie-Sozialstation Bautzen
b.	Straße und Hausnummer	Karl-Liebknecht-Str. 14
c.	PLZ/Ort	02625 Bautzen
d.	Institutionskennzeichen (IK)	1. 501400197
e.	Telefon	+49 3591481630
f.	Fax	+49 3591481632
g.	E-Mail	sozialzentrum@diakonie-bautzen.de
h.	Internet-Adresse	www.diakonie-bautzen.de
i.	Träger/Inhaber	Diakonisches Werk Bautzen der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsen im Kirchenbezirk Bautzen-Kamenz, Karl-Liebknecht-Str. 16, 02625 Bautzen
j.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband	Diakonisches Werk Sachsen
l.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.03.1991
m.	Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	01.03.1991
n.	verantwortliche Pflegefachkraft Name	Bilk, Corina
o.	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Name	Katzer- Gottstein, Katrin

p.	ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	//
q.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input checked="" type="checkbox"/> liegt nicht vor
r.	Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
s.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Heidrich, Jochen
t.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	j.heidrich@diakonie-bautzen.de
u.	Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	03591 481655
v.	Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
w.	Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

zu i.: vollständiger Trägername: Diakonisches Werk Bautzen im Kirchenbezirk Bautzen-Kamenz e. V
Für die 3. und 4. Pflegefachkraft wurden folgende Qualifikationen und wöchentlichen Arbeitszeiten angegeben: Krankenschwester mit 29,25 Stunden/Woche; Krankenschwester mit 24,38 Stunden/Woche.

1.3 Daten zur Prüfung (M/Info)

a.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input checked="" type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b.	Prüfung durch	<input checked="" type="checkbox"/> Medizinischer Dienst	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
c.	Datum	von 30.05.2024	bis 30.05.2024
d.	Uhrzeit 1. Tag	von 08:15	bis 13:00
e.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Pflegedienstes	Bilk, Corina (PDL) Heidrich, Jochen (QM des Trägers) Katzer- Gottstein, Katrin (PFK, stellvertretende PDL) Liebsch, Manuela (Verwaltung) Heinrich Shira (PFK) Jäger, Birgit (PFK)	
f.	Prüfende Gutachterin oder prüfender Gutachter	Neumann, Andreas Jahn, Katharina Helgest, Katja	

g.	An der Prüfung Beteiligte	Namen
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Trägerverband	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung	
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung	
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	29.06.2023
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> sonstige <input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben	Datum

1.5 Versorgungssituation (M/Info)

	gesamt	davon			
		ausschließlich SGB XI	ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	sonstige
versorgte Personen	126	71	19	33	3
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte	0				

1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit: (M/Info)

a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
c.	Dekubitus	3
d.	Blasenkatheter	4

e.	PEG-Sonde	0
f.	Fixierung	0
g.	Kontraktur	0
h.	vollständiger Immobilität	0
i.	Tracheostoma	0
j.	multiresistenten Erregern	0

1.7 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie: (M/Info)

	Ziffer	Beschreibung	Anzahl
a.	6	Absaugen	0
b.	8	Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	0
c.	24	Krankenbeobachtung, spezielle,	0
d.	29	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,	0
e.	30	Venenkatheter, Pflege des zentralen,	0
f.	31a	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	3

1.8 Pflegefachlicher Schwerpunkt (M/Info)

Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
--	--

1.10 Leistungen durch andere Anbieter (M/Info)

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

2. Zusammenfassende Beurteilung

Im Rahmen der Zufriedenheitsbefragung äußerten sich alle in die Begutachtung einbezogenen versorgten Personen positiv über die Pflege und Betreuung durch die Mitarbeitenden des Pflegedienstes.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung beobachtete das Prüfteam einen freundlichen, wertschätzenden und empathischen Umgang der Mitarbeitenden des Pflegedienstes mit den versorgten Personen.

Alle in die Begutachtung einbezogenen versorgten Personen befanden sich in einem guten Pflegezustand.

Es war teilweise Verbesserungsbedarf bei der nachvollziehbaren Beratung/Information von versorgten Personen, Angehörigen und Pflegepersonen in Bezug auf spezielle Pflegeprobleme wie Sturzgefährdung sowie zum Umgang mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen festzustellen.

Bei einer vP (P 01) konnte keine Maßnahmenplanung vorgelegt werden. Die Berücksichtigung von Wünschen bei der Körperpflege sowie der Körperpflege konnte bei einer vP (P 01) nicht belegt werden.

Behandlungspflegerische Maßnahmen wurden sachgerecht durchgeführt. Lediglich im Einzelfall konnte keine systematische Schmerzeinschätzung vorgelegt werden,

Im Bereich „Allgemeine Angaben“ wurden die Anforderungen der Prüfgrundlagen erfüllt.

Im Bereich „Aufbauorganisation Personal“ wurden die Anforderungen der Prüfgrundlagen erfüllt.

Die Anforderungen der Prüfgrundlagen an die Ablauforganisation wurden erfüllt.

Die strukturellen Anforderungen an das Qualitätsmanagement wurden erfüllt.

Das Hygienemanagement des ambulanten Pflegedienstes entsprach vollumfänglich den Anforderungen der Prüfgrundlagen.

Die Anforderungen der Prüfgrundlagen an die Strukturqualität wurden erfüllt. Die festgestellten Mängel bei der Gestaltung des Pflegeprozesses zeigten keine Auswirkungen auf den Pflegezustand und die Zufriedenheit der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen.

Die für die Durchführung der Abrechnungsprüfung erforderlichen Unterlagen wurden durch den Pflegedienst vollständig zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse der Abrechnungsprüfung

Bei 1 von 8 versorgten Personen wurde in der Abrechnungsprüfung mindestens eine Auffälligkeit festgestellt.

Bei der 1 versorgten Person mit Auffälligkeiten wurden über alle Bewertungsfragen hinweg insgesamt 2 Auffälligkeiten festgestellt.

Davon entfielen 2 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB XI und 0 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB V.

Die Prüfatmosphäre war kooperativ und konstruktiv. Der Fachaustausch verlief offen und kollegial.

Die notwendigen Informationen bzw. Unterlagen wurden vollständig zur Verfügung gestellt. Differente Meinungen wurden nicht festgestellt. Der Handlungs- und Verbesserungsbedarf wurde aufgezeigt. Die Gesprächspartnerinnen und / oder Gesprächspartner waren an der Verbesserung der Qualität in der ambulanten Pflegeeinrichtung sehr interessiert.

Anleitung zum Verständnis der nachfolgenden Tabellen:

In Spalte 1 wird die Nummer der Prüffrage des Erhebungsbogens genannt.

In Spalte 2 wird die Kategorie der Frage angegeben:

M = Mindestangaben

B = sonstige Bewertungsfrage

T = Transparenzkriterium mit Angabe der Nummer

Spalte 3 enthält den Wortlaut der Prüffrage.

Spalte 4 gibt an, bei wie vielen versorgten Personen der Stichprobe (x) der gesamten Stichprobe (y) die Prüffrage bewertet wurde.

Aus Spalte 5 lässt sich entnehmen, bei wie vielen versorgten Personen die Kriterien der Prüffrage nicht erfüllt wurden.

In Spalte 6 werden die versorgten Personen mit Ordnungsnummer angegeben, bei denen die Kriterien nicht erfüllt waren. Diese können somit unmittelbar im Anhang nachgeschlagen werden.

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung ein-bezogene versorgte Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummer der versorgten Personen
9.1	M/ T25/B	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	3 / 8	0	
9.8	M/ T22/B	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	1 / 8	0	
9.16	M/ T19/B	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	7 / 8	0	
9.17	M/ T20/B	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	3 / 8	0	
9.19	M/ T23/B	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	4 / 8	0	
9.23	M/B	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	4 / 8	1	P1
9.32	M/ T24/B	Sind Kompressionsstrümpfe / -verbände sachgerecht angelegt?	3 / 8	0	
11.3	M/ T14/B	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	8 / 8	1	P1

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene versorgte Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummer der versorgten Personen
11.5	M/B	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	8 / 8	1	P1
11.7	M/B	Werden versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	2 / 8	0	
11.8	M/T12/B	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	
12.8	M/T9/B	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	1 / 8	0	
12.11	M/T3/B	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	1 / 8	0	
13.3	M/B	Werden versorgte Personen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	2 / 8	0	
13.4	M/T10/B	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	2 / 8	0	
13.5	M/T11/B	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen / Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	2 / 8	0	

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene versorgte Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummer der versorgten Personen
14.1	M/B	Werden versorgte Personen / Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	3 / 8	1	P7
14.2	M/T15/B	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	3 / 8	0	
14.3	M/T16/B	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	3 / 8	0	
15.3	M/T1/B	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	8 / 8	1	P1
15.4	M/T2/B	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	8 / 8	0	
15.5	M/T17/B	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	3 / 8	0	
15.6	M/B	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	8 / 8	0	
16.1.5	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	8 / 8	1	P1
16.1.6	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	8 / 8	1	P1
16.1.10	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	3 / 8	0	

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene versorgte Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummer der versorgten Personen
16.1.11	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	3 / 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?	2 / 8	0	
16.1.16	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	2 / 8	0	
16.2.3	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	8 / 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?	8 / 8	0	

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Maßnahmen zur Struktur- und Prozessqualität: Keine

Maßnahmen zur Prozess- und Ergebnisqualität

Frage	Maßnahmen	Frist *1
9.23 (P1)	Feststellung: Eine Schmerzeinschätzung lag nicht vor. Maßnahme: Bei Schmerzen ist eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung (Priorität hat Selbsteinschätzung) und eine entsprechende Verlaufskontrolle als Grundlage für die Entwicklung, Ergänzung oder Weiterführung eines individuellen Behandlungsplanes durchzuführen. Zu berücksichtigen sind dabei u. a. Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität, zeitliche Dimension, verstärkende und lindernde Faktoren, ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.	1
11.3 (P1)	Feststellung: Die Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung konnte nicht nachvollzogen werden. Maßnahme: Die sachgerechte Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung ist sicherzustellen und zu dokumentieren.	1
11.5 (P1)	Feststellung: Die Durchführung einer Beratung bei vorliegendem Sturzrisiko konnte der Pflegedienst nicht nachweisen. Maßnahme: Bei vorliegendem Sturzrisiko ist eine Beratung durchzuführen und zu dokumentieren (den Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnung der notwendigen Maßnahmen).	2
15.3 (P1)	Feststellung: Der Pflegedienst konnte die Berücksichtigung der Wünsche der versorgten Person zur Körperpflege nicht nachweisen. Maßnahme: Die Wünsche der versorgten Person zur Körperpflege sind in der Pflegedokumentation zu erfassen und bei der Umsetzung zu berücksichtigen.	1
14.1 (P7)	Feststellung: Die Durchführung einer Beratung der versorgten Person oder Pflegeperson über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei vorliegender gerontopsychiatrischer Diagnose konnte der Pflegedienst nicht nachweisen. Maßnahme: Eine Beratung über Risiken und geeignete Maßnahmen bei vorliegender gerontopsychiatrischer Diagnose ist durchzuführen und zu dokumentieren (den Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnung der notwendigen Maßnahmen). Es ist auch zu dokumentieren, wenn die versorgte Person oder die Pflegepersonen keine Beratung wünschen.	2

*1 Frist: 0 = nicht angegeben; 1 = unverzüglich; 2 = bis 3 Monate; 3 = bis 6 Monate

Das Gutachten wurde mittels EDV erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Verantwortlich für das Gutachten:

17.06.2024, Neumann, Andreas

Abkürzungsverzeichnis

Legende zu den in Kapitel 3. „Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“ angegebenen Fristen:
1 = unverzüglich; 2 = bis 3 Monate; 3 = bis 6 Monate

AO	Anordnung/Anordnungen
BMI	Body-Mass-Index
FB	Fortbildung
GF	Geschäftsführer/Geschäftsführerin
HM	Hilfsmittel
Info	Informationsfrage
k.A.	keine Angabe
LBNR	lebenslange Beschäftigungsnummer
MA	Mitarbeiter/Mitarbeiterin
PD	Pflegedienst
PDL	Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin
PE	Pflegeeinrichtung
PFK	Pflegefachkraft/-kräfte
PHK	Pflegehilfskraft/-kräfte
QB	Qualitätsbeauftragte/Qualitätsbeauftragter
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/Qualitätsmanagementbeauftragter
QP	Qualitätsprüfung
QS	Qualitätssicherung
QZ	Qualitätszirkel
RV	Rahmenvertrag
SIS	Strukturierte Informationssammlung
stv.	stellvertretende/stellvertretender
t.n.z.	trifft nicht zu
V.a.	Verdacht auf
VK	Vollzeitkräfte
VO	Verordnung/Verordnungen
vP	versorgte Person/Personen
VV	Versorgungsvertrag

WB	Weiterbildung
Z.n.	Zustand nach

Anlagen zum Prüfbericht

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 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 jede in die Prüfung einbezogene versorgte Person.

- 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 17 Sonstiges
- Kapitel 18 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Siehe 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

2.2 Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen? (M/T27/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

2.3 Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? (M/T26/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich geregelt? (M/T32/T33/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

4.5 Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

4.6 Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? (M/T34/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

5.1 Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

5.2 Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um? (M/B)

Ausgewählt wurden die Expertenstandards: Dekubitusprophylaxe und Ernährungsmanagement

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

5.3 Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

5.4 Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden? (M/T31/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

5.6 Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? (M/T29/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

5.8 Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? (M/T30/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

6.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig 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? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

6.3 Stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung? (M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?(M/B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

P1

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	10:27
Nummer Erhebungsbogen	1

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P1
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
c.	Geburtsdatum	**.*.*.1940
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	05.02.2024
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	H53.9G, I67.88G, G62.9G, I10.90G, M35.3G, H82G, I67.88G, E11.90G
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für die vP lag zum Zeitpunkt der QP keine Anamnese/ Informationssammlung, keine Erfassung von Risiken und Ressourcen sowie keine Maßnahmenplanung vor. Entsprechend der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsenternen

Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI hat der PD für die im Pflegevertrag vereinbarten Leistungen eine Pflegeprozessplanung anzufertigen. Ziel der Pflegedokumentation ist es, unter Einbeziehung der vP, im Rahmen der vereinbarten Leistungen die Fähigkeiten, Ressourcen und Pflegeprobleme zu identifizieren sowie Pflegemaßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegeplanung ist entsprechend der Entwicklung des Pflegeprozesses zu evaluieren und kontinuierlich zu aktualisieren. Für die Erstellung einer Maßnahmenplanung ist es somit grundlegend erforderlich, dass der Pflegebedürftige und seine spezifischen Probleme kennen gelernt werden, seine Pflegebedürfnisse, Gewohnheiten, seine Fähigkeiten, Wünsche und Ressourcen in einer Informationssammlung erfasst werden und pflegefachlich bewertet werden.

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			4	

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	1	1		14.05.2024	31.08.2024
genehmigt	s. c.	1	1		14.05.2024	31.08.2024
Bemerkung	MTX					

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		01.04.2024	31.12.2024
genehmigt	richten	1	1		01.04.2024	31.12.2024

31b An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7		08.05.2024	30.06.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7		08.05.2024	30.06.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Katharina Jahn
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	PFK
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Ehemann der vP

Kapitel 9 Behandlungspflege**9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (M/T19/B)**

ja

9.19 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? (M/T23/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info) nein

ja:

akute Schmerzen chronische Schmerzen

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt Pflegedienst übernommen

Die versorgte Person war mit Schmerzmedikamenten (Prednisolon-Tabletten, MTX s. c.) versorgt. Die Versorgung mit diesen erfolgte durch den Pflegedienst. Die versorgte Person gab im Gespräch im Rahmen der Begutachtung an, unter ständigen Schmerzen (in allen Gelenken v.a. Schultergelenken und im Nacken) zu leiden. Durch den Pflegedienst erfolgte keine Schmerzeinschätzung.

9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? (M/B)

nein

Eine Schmerzeinschätzung lag nicht vor.

9.32 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? (M/T24/B)

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	je nach Tagesform schmerzbedingt eingeschränkte Bewegungsfähigkeit in den Schulter- und Fingergelenken
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	deformierte Zehengelenke (Hammerzehen) beidseits
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	mit Walkingstöcken außerhalb der Wohnung

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

nein

Die Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung konnte nicht nachvollzogen werden.

Die Durchführung des vereinbarten Leistungskomplexes 4a wurde regelmäßig im Leistungsnachweis als erbracht absigniert. In der Pflegedokumentation wurden dazu keine Maßnahmen festgelegt. Somit war nicht nachweislich, ob bzw. welche Maßnahmen im Rahmen der vereinbarten Leistungen zur Mobilität erbracht wurden.

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Aus pflegfachlicher Sicht war aufgrund einer starken Sehminderung (infolge einer Makuladegeneration), Gleichgewichtsstörungen, losen Teppichen sowie bereits erfolgten Sturzgeschehen ein erhöhtes Sturzrisiko festzustellen. Durch den Pflegedienst erfolgte keine Risikoeinschätzung. Der Pflegedienst wurde beraten, entsprechend des Expertenstandards des DNQP "Sturzprophylaxe in der Pflege", bei jeder versorgten Person das Sturzrisiko zu prüfen.

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

nein

Die Durchführung einer Beratung bei vorliegendem Sturzrisiko konnte der Pflegedienst nicht nachweisen.

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

Aus pflegfachlicher Sicht war kein Dekubitusrisiko festzustellen. Durch den Pflegedienst erfolgte keine Risikoeinschätzung. Der Pflegedienst wurde beraten, entsprechend des Expertenstandards des DNQP "Dekubitusprophylaxe in der Pflege", bei jeder versorgten Person das Dekubitusrisiko zu prüfen.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			

			k. A. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Eine Erhebung zur Körpergröße, zum aktuellen Körpergewicht sowie Vergleichswerte zum Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten lagen nicht vor. Nach visueller Einschätzung der Gutachterin war der Ernährungszustand der versorgten Person gut.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Aus pflegfachlicher Sicht war kein Risiko im Bereich der Ernährung festzustellen. Durch den Pflegedienst erfolgte keine Risikoeinschätzung. Der Pflegedienst wurde beraten, entsprechend des Expertenstandards des DNQP "Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege", bei jeder versorgten Person das Risiko im Bereich der Ernährung zu prüfen.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ja nein (M/Info)

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Aus pflegfachlicher Sicht war kein Risiko im Bereich der Flüssigkeitsversorgung festzustellen. Durch den Pflegedienst erfolgte keine Risikoeinschätzung. Der Pflegedienst wurde beraten, entsprechend des Expertenstandards des DNQP "Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege", bei jeder versorgten Person das Risiko im Bereich der Flüssigkeitsversorgung zu prüfen.

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b.	<input type="checkbox"/> transurethralem Katheter	

c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen	selbstständige Handhabung
	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen	
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Aus pflegefachlicher Sicht war keine Einschränkung bei der selbständigen Versorgung einer Inkontinenz festzustellen. Durch den Pflegedienst erfolgte keine Risikoeinschätzung. Der Pflegedienst wurde beraten, bei jeder versorgten Person das Risiko im Bereich der Ausscheidung zu prüfen.

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Besonderheiten	

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

nein

Der Pflegedienst konnte die Berücksichtigung der Wünsche der versorgten Person zur Körperpflege nicht nachweisen.

Der Leistungskomplex 4a wurde 1x wöchentlich als erbracht absigniert. Eine individuelle Pflegeplanung lag nicht vor. Auch in weiteren Bestandteilen der Pflegedokumentation waren keine Wünsche der vP zur Körperpflege erfasst.

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (M/T17/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			4	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			4	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

nein

Wenn nein (Mehrfachnennung möglich):

- Leistung gar nicht erbracht
- Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht
- andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht
- Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
- Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein
- fehlende Handzeichen
- Sonstiges, welche: Ein Maßnahmenplan lag nicht vor.

Es lag für den PB zum Zeitpunkt der QP keine Maßnahmenplanung vor. Laut dem Rahmenvertrag nach §75 SGB XI ist die Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen (z. B. Erstellung einer Pflegeplanung, Angaben zum Einsatz von Hilfsmitteln sowie über durchgeführte Pflegeleistungen). Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein. Da zum Zeitpunkt der QP keine Maßnahmenbeschreibung bzw. Pflegeprozessplanung vorlag, konnte nicht nachvollzogen werden, ob die individuell erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform erbracht worden sind.

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

nein

Wenn nein (Mehrfachnennung möglich):

- Abrechnungsausschlüsse missachtet
- Leistung nicht vollständig erbracht
- Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen
- Sonstiges, welche: Ein Maßnahmenplan lag nicht vor.

Es lag für den PB zum Zeitpunkt der QP keine Maßnahmenplanung vor. Laut dem Rahmenvertrag nach §75 SGB XI ist die Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen (z. B. Erstellung einer Pflegeplanung, Angaben zum Einsatz von Hilfsmitteln sowie über durchgeführte Pflegeleistungen). Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein. Da zum Zeitpunkt der QP keine Maßnahmenbeschreibung bzw. Pflegeprozessplanung vorlag, konnte nicht nachvollzogen werden, ob die individuell erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform gestellt worden ist.

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		25.01.2024	31.03.2024
genehmigt	richten	1	1		25.01.2024	31.03.2024

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

P2

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	09:53
Nummer Erhebungsbogen	2

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P2
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	DAK-Gesundheit
c.	Geburtsdatum	**.**.1950
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	09.03.2018
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	E11.90G, G20.1G, M07.30G
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK2a	LK 2a - Kleine Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 2a) -			31	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			31	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -				bei Bedarf

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	1	7		25.04.2024	15.12.2024
Bemerkung	Eine Genehmigung lag zum Zeitpunkt der QP durch den Kostenträger noch nicht vor.					

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

Ein sinnvolles Gespräch war nur sehr eingeschränkt möglich. Die vP antwortete sehr verlangsamt und konnte sich hauptsächlich nur mit "ja" und "nein" äußern.

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Katharina Jahn
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	PFK
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Ehefrau der vP (Pflegeperson), Tochter der vP, Enkeltochter der vP

Kapitel 9 Behandlungspflege

9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (M/T19/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info)

nein

ja:

akute Schmerzen

chronische Schmerzen

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? (M/B)

t.n.z.

Da der PD aktuell nicht mit der Schmerztherapie beauftragt war (keine regelhaften Schmerzmedikamente, die Bedarfsmedikation erhielt die versorgte Person von den Angehörigen), erfolgte keine Bewertung der Fragestellung 9.23.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	Armheben beidseits nur eingeschränkt möglich, Nacken- und Schürzenbandgriff beidseits nicht durchführbar, Tremor der rechten Hand, anhaltende Fingerstreckung (außer Daumen) linke Hand
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Anbeugen der Beine beidseits nur eingeschränkt möglich, Kniestreckung beidseits inkomplett
c.	Lageveränderung im Bett	

d.	Aufstehen	mit personeller Hilfe
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	mit Festhalten am HM/Mobiliar
g.	Gehen	mit Rollator

Die vP erhielt zum Zeitpunkt der QP 2x wöchentlich Physiotherapie.

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

ja

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

11.7 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? (M/B)

ja

11.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? (M/T12/B)

ja

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Eine Erhebung zur Körpergröße, zum aktuellen Körpergewicht sowie Vergleichswerte zum Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten lagen nicht vor. Nach visueller Einschätzung der Gutachterin war der Ernährungszustand der versorgten Person gut.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.8 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert? (M/T9/B)

ja

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b.	<input type="checkbox"/> transurethralem Katheter	
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen	Pants
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

13.3 Werden versorgte Personen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)? (M/B)

ja

13.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (M/T10/B)

ja

13.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen / Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T11/B)

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Besonderheiten	

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	

c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

ja

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 04.03.2024	bis: 10.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			17	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			31	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	1	6		16.01.2024	20.03.2024
genehmigt	verabreichen	1	6		16.01.2024	20.03.2024

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 04.03.2024	bis: 10.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

P3

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	09:29
Nummer Erhebungsbogen	3

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P3
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	BARMER
c.	Geburtsdatum	**.*.*.1948
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.07.2022
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	lt. Verordnung häuslicher Krankenpflege vom 14.12.2023: "E11.9 G, I10.9 G, M42.1 G, F32.8 G"
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			5	
LK12	LK 12 - Aufräumen und / oder Reinigung der Wohnung -		6		

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	1	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	richten	1	1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	1	7		01.01.2024	31.12.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

Die versorgte Person war zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung situativ, örtlich und zeitlich desorientiert.

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Andreas Neumann
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	PFK
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

Kapitel 9 Behandlungspflege

9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (M/T19/B)

ja

9.17 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? (M/T20/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info) nein

ja:

akute Schmerzen

chronische Schmerzen

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? (M/B)

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	mit Festhalten am Hilfsmittel mit Abstützen und Schwungholen
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	

g.	Gehen	ohne Hilfsmittel mobil; Gangbild: unsicher
----	-------	--

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

ja

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Körpergröße und -gewicht waren nicht dokumentiert. Nach Einschätzung des Gutachters befand sich die versorgte Person in einem guten Ernährungszustand.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b.	<input type="checkbox"/> transurethralem Katheter	
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen	
	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen	
d.	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	handelsübliche Slipeinlage (eigenständiges Handling)
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? (M/B)

ja

14.2 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (M/T15/B)

ja

14.3 Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (M/T16/B)

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Besonderheiten	

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

ja

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (M/T17/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			4	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			5	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK12	LK 12 - Aufräumen und / oder Reinigung der Wohnung -			25	

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK12	LK 12 - Aufräumen und / oder Reinigung der Wohnung -		6		

16.1.15 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.16 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	1	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	richten	1	1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	1	7		01.01.2024	31.12.2024

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

P4

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	09:25
Nummer Erhebungsbogen	4

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P4
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
c.	Geburtsdatum	**.**.**.1940
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	26.02.2022
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	lt. Verordnung häuslicher Krankenpflege vom 18.12.2023: "E56.9 G"; lt. vorläufigen Arztbrief vom 23.05.2024: "fortgeschrittene Demenz (06/2021)"
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			5	

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	1		2	01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	s. c.	1		2	01.01.2024	31.12.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

Die versorgte Person war zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung situativ, örtlich und zeitlich desorientiert.

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Andreas Neumann
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	PFK
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Ehefrau (Pflegeperson)

Kapitel 9 Behandlungspflege

9.1 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar? (M/T25/B)

ja

9.19 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? (M/T23/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info) nein

ja:

akute Schmerzen

chronische Schmerzen

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Die versorgte Person war seit mehreren Monaten mit einem Schmerzmedikament (Metamizol 500mg 1-1-1) versorgt. Die Versorgung mit diesem erfolgte durch die Angehörigen. Die versorgte Person gab im Gespräch im Rahmen der Begutachtung an, unter ständigen Schmerzen (rechtes Hüftgelenk) zu leiden. Durch den Pflegedienst erfolgte keine Schmerzeinschätzung.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	beginnendes Streck- und Beugedefizit in den Ellenbogengelenken kraftreduzierte Bewegungsabläufe Händedruck kraftgemindert
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	beginnendes Streck- und Beugedefizit in den Kniebogengelenken kraftreduzierte Bewegungsabläufe Kraftminderung in beiden Füßen
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	mit Festhalten am Hilfsmittel mit Festhalten am Mobiliar mit Abstützen und Schwungholen

e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	mit Festhalten am Mobiliar / Hilfsmittel unsicherer Stand
g.	Gehen	in der Wohnung mit Möbelhalt mobil, außerhalb der Wohnung mit einem Rollator sowie personeller Unterstützung mobil; Gangbild: unsicher, kraftlos, verlangsamt

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

ja

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				

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

Körpergröße und -gewicht waren nicht dokumentiert. Nach Einschätzung des Gutachters befand sich die versorgte Person in einem guten Ernährungszustand.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b.	<input type="checkbox"/> transurethralem Katheter	
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen	
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

13.3 Werden versorgte Personen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)? (M/B)

ja

13.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (M/T10/B)

ja

13.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen / Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T11/B)

ja

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? (M/B)

ja

14.2 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (M/T15/B)

ja

14.3 Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (M/T16/B)

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Besonderheiten	

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	

f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

ja

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			4	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			5	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.7 Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			1	

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			1	

**16.1.10 Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen
Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?** (M/B)

ja

**16.1.11 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen
vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?** (M/B)

ja

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

**16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum
verordnet und genehmigt worden?** (M/Info)

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	1		2	01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	s. c.	1		2	01.01.2024	31.12.2024

**16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich
auf folgenden Zeitraum** (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

P5

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	10:06
Nummer Erhebungsbogen	5

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P5
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
c.	Geburtsdatum	**.*.*.1945
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.07.2021
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Laut Verordnung häuslicher Krankenpflege vom 18.01.2024: "I10.90, R52.2, I48.1, I35.1"
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input checked="" type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			9	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			31	nur bei Bedarf

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	2	14		19.12.2023	05.06.2024
genehmigt	verabreichen	2	14		19.12.2023	05.06.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Katja Helgest
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende PDL
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

Kapitel 9 Behandlungspflege

9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (M/T19/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info)

 nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	mit Gehstock möglich

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

ja

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Körpergröße und -gewicht waren nicht dokumentiert. Nach Einschätzung der Gutachterin befand sich die versorgte Person in einem guten Ernährungszustand.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Besonderheiten	

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

ja

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4	LK 4 - Große Morgen- / Abendtoilette im Bett -			8	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			4	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			9	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.7 Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			1	

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			31	nur bei Bedarf

16.1.10 Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.11 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	2	14		19.12.2023	05.06.2024
genehmigt	verabreichen	2	14		19.12.2023	05.06.2024

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

P6

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	10:59
Nummer Erhebungsbogen	6

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P6
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
c.	Geburtsdatum	**.**.1942
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	15.02.1922
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	VO vom 14.12.2023: "M48, G20"
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input checked="" type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK2a	LK 2a - Kleine Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 2a) -			31	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			9	
LK8	LK 8 - Darm- und Blasenentleerung -			31	

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

11 Blutzuckermessung

Maßnahme	Häufigkeit			Dauer	
	x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	3	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	3	7		01.01.2024	31.12.2024

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	3	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	s. c.	3	7		01.01.2024	31.12.2024

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	4	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	verabreichen	4	7		01.01.2024	31.12.2024

31b An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2024	31.12.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Katja Helgest
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende PDL/ PFK
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

Kapitel 9 Behandlungspflege

9.1 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar? (M/T25/B)

ja

9.8 Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (M/T22/B)

ja

9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (M/T19/B)

ja

9.19 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? (M/T23/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info) nein

ja:

akute Schmerzen

chronische Schmerzen

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? (M/B)

ja

9.32 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? (M/T24/B)

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	Stehen mit festhalten möglich, freier Stand nicht möglich

g.	Gehen	kurze Strecken selbstständig mit Rollator möglich längere Distanzen: aktive Rollstuhlnutzung mittels Arm- und Beinkraft möglich
----	-------	--

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

ja

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			

e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten
----	------------------------	---

Körpergröße und -gewicht waren nicht dokumentiert. Nach Einschätzung der Gutachterin befand sich die versorgte Person in einem guten Ernährungszustand.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b.	<input type="checkbox"/> transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen	selbständiges Handling
	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen	
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

13.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (M/T10/B)

t.n.z.

Narbe Taille bis zum Steiß

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Besonderheiten	

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

ja

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

Abweichend vom Pflegevertrag wurde am 24.03.2024 der Leistungskomplex 5, 12, 13a und 8 zusätzlich als erbracht abgesigniert aufgrund eines schlechten Allgemeinzustandes der vP.

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK2a	LK 2a - Kleine Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 2a) -			24	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			9	
LK5	LK 5 - Lagern -			1	
LK8	LK 8 - Darm- und Blasenentleerung -			21	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK2a	LK 2a - Kleine Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 2a) -			31	
LK3	LK 3 - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 3) -			9	
LK5	LK 5 - Lagern -			0	
LK8	LK 8 - Darm- und Blasenentleerung -			31	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK12	LK 12 - Aufräumen und / oder Reinigung der Wohnung -			1	
LK13a	LK 13a - Wechseln der Bettwäsche -			1	

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK12	LK 12 - Aufräumen und / oder Reinigung der Wohnung -			0	
LK13a	LK 13a - Wechseln der Bettwäsche -			0	

16.1.15 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.16 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

11 Blutzuckermessung

Maßnahme	Häufigkeit			Dauer	
	x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	3	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	3	7		01.01.2024	31.12.2024

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	3	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	s. c.	3	7		01.01.2024	31.12.2024

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	4	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	verabreichen	4	7		01.01.2024	31.12.2024

31b An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2024	31.12.2024

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

P7

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	10:45
Nummer Erhebungsbogen	7

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P7
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	IKK classic
c.	Geburtsdatum	**.*.*.1943
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.06.2023
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Laut Verordnung häuslicher Krankenpflege vom 22.01.2024: "R54, R29, F02"
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input checked="" type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			4	

4a - Duschen 1xwö.

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten		1		27.01.2024	04.07.2024
	verabreichen	2	7		27.01.2024	04.07.2024
genehmigt	richten		1			
	verabreichen	2	7		27.01.2024	04.07.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Katja Helgest
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende PDL/ PFK
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Ehefrau

Kapitel 9 Behandlungspflege

9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (M/T19/B)

ja

9.17 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? (M/T20/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info) nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Anhand der Pflegedokumentation ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine akute oder chronische Schmerzproblematik. Dies wurde durch die versorgte Person im Rahmen der Begutachtung bestätigt. Durch den Pflegedienst erfolgte eine Schmerzeinschätzung.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	Gangbild: stark nach vorn gebeugt Gehen: mit Rollator möglich

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

ja

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Körpergröße und -gewicht waren nicht dokumentiert. Nach Einschätzung der Gutachterin befand sich die versorgte Person in einem guten Ernährungszustand.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.11 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T3/B)

ja

Kapitel 13 Ausscheidung

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? (M/B)

nein

Die Durchführung einer Beratung der versorgten Person oder Pflegeperson über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei vorliegender gerontopsychiatrischer Diagnose konnte der Pflegedienst nicht nachweisen.

14.2 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (M/T15/B)

ja

14.3 Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (M/T16/B)

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Besonderheiten	

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

ja

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (M/T17/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4	LK 4 - Große Morgen- / Abendtoilette im Bett -			1	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			3	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			4	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	2			27.01.2024	04.07.2024
genehmigt	verabreichen	2			27.01.2024	04.07.2024

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

P8

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	240530VA25867500-000002203
Datum	30.05.2024
Uhrzeit	10:18
Nummer Erhebungsbogen	8

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P8
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse	BARMER
c.	Geburtsdatum	**.*.*.1942
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.08.2019
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Laut Verordnung häuslicher Krankenpflege vom 18.12.2023: "C16.9, I87.20, R29.6, I69.4"
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input checked="" type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			9	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			62	

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	1	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	s. c.	1	7		01.01.2024	31.12.2024

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten		1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	3	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	richten		1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	3	7		01.01.2024	31.12.2024

31b An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	Anlegen / Abnehmen Kompressionsverband	2	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	Anlegen / Abnehmen Kompressionsverband	2	7		01.01.2024	31.12.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Katja Helgest
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende PDL/PFK
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d.	sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

Kapitel 9 Behandlungspflege

9.1 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar? (M/T25/B)

ja

9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (M/T19/B)

ja

9.17 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? (M/T20/B)

ja

9.19 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? (M/T23/B)

ja

9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info) nein

ja:

akute Schmerzen

chronische Schmerzen

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? (M/B)

ja

9.32 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? (M/T24/B)

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	mit Rollator möglich

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T14/B)

ja

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (M/B)

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter erhoben

Pflegedienst übernommen

11.7 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? (M/B)

ja

11.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? (M/T12/B)

ja

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
b.	aktuelle Größe	cm			
c.	aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Körpergröße und -gewicht waren nicht dokumentiert. Nach Einschätzung der Gutachterin befand sich die versorgte Person in einem guten Ernährungszustand.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (M/Info) ja nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt

Pflegedienst übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (M/Info) ja nein

von:

- Gutachterin oder Gutachter beurteilt
- Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (M/Info)

ja nein

von:

- Gutachterin oder Gutachter beurteilt
- Pflegedienst übernommen

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten (M/Info)

a.	<input type="checkbox"/> normal	
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	Pergamenthaut, an beiden Unterarmen. Aufgrund einer Antikoagulantientherapie neigt die vP zu diversen Hämatomen an beiden Unterarmen.

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal	
b.	<input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c.	<input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d.	<input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e.	<input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f.	<input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g.	<input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h.	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (M/T1/B)

ja

15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (M/T2/B)

ja

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? (M/B)

ja

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			7	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK4a	LK 4a - Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes (LK 4a) -			9	

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.7 Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			26	

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

Leistungen im Abrechnungszeitraum 1

LK	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
LK30	LK 30 - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen -			62	

16.1.10 Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

16.1.11 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	1	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	s. c.	1	7		01.01.2024	31.12.2024

26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten		1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	3	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	richten		1		01.01.2024	31.12.2024
	verabreichen	3	7		01.01.2024	31.12.2024

31b An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	Anlegen / Abnehmen Kompressionsverband	2	7		01.01.2024	31.12.2024
genehmigt	Anlegen / Abnehmen Kompressionsverband	2	7		01.01.2024	31.12.2024

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum (M/Info)

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 18.03.2024	bis: 24.03.2024
----------------------------------	--	-----------------	-----------------

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (M/B)

ja

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? (M/B)

ja

Kapitel 18 Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der versorgten Personen

18.1 Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen? (M/T36/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	3 Leistungsbezieher
keine Angaben	4 Leistungsbezieher
18.2 Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen? (M/T35/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	3 Leistungsbezieher
keine Angaben	4 Leistungsbezieher
18.3 Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? (M/T37/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	7 Leistungsbezieher
18.4 Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? (M/T39/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	7 Leistungsbezieher
18.5 War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? (M/T40/B)	
Die Frage traf für 3 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	3 Leistungsbezieher
t.n.z.	4 Leistungsbezieher
18.6 Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege? (M/T42/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	6 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.7 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter höflich und freundlich? (M/T45/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	7 Leistungsbezieher
18.8 Werden Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (M/T41/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	6 Leistungsbezieher

18.8 Werden Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (M/T41/B)	
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.9 Fragen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (M/T38/B)	
Die Frage traf für 0 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
18.10 Respektieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre? (M/T44/B)	
Die Frage traf für 6 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	5 Leistungsbezieher
t.n.z.	1 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.11 Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden? (M/T46/B)	
Die Frage traf für 1 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	1 Leistungsbezieher
t.n.z.	6 Leistungsbezieher
18.12 Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? (M/T43/B)	
Die Frage traf für 1 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
t.n.z.	6 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.13 Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden? (M/B)	
Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
18.14 Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir an die Krankenkasse weitergeben sollen? (M/Info)	
Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	