

**Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale
Ambulanter Pflegedienst
Kantstraße 1
06110 Halle (Saale)**

Prüfbericht zur Qualitätsprüfung nach §§ 112/114 ff. SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Anlage erhalten Sie die Seite 3 des Prüfberichtes, zur durchgeführten
Qualitätsprüfung nach §§ 112/114 ff. SGB XI vom 14.03.2023

Mit freundlichen Grüßen


Vanessa Schöneberg
Fachbereich Auftragsmanagement

Anlage

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg

Telefon 0391 5661-3300
Telefax 0391 5661-53300

vorstand@md-san.de
www.md-san.de

Vorstandsvorsitzender:
Jens Hennicke

Vorsitzende des Verwaltungsrates:
Traudel Gemmer
Helge Lewerenz

IK-Nummer: 191 500 029

Deutsche Bank AG
IBAN: DE56 8107 0000 0145 8967 00
BIC: DEUTDE8MXXX

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer:
DE284036194

Datum:
28.03.2023

Abteilung:
Auftragsmanagement

Ihr Ansprechpartner:
Vanessa Schöneberg
Telefon 0391 5661-3157
Telefax 0391 5661-52800
vanessa.schoeneberg@md-san.de

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Unser Zeichen:



Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt Heimprüfung, Breiter Weg 19 c, 39104 Magdeburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Landesvertretung Sachsen-Anhalt
Abt. Pflege
Schleiufer 12
39104 Magdeburg

Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt
Fachbereich Qualitätsprüfung
Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg

Tel: 0391 5661-2800

Fax: 0391 5661-52800

E-Mail: info.qspflege@md-san.de

Prüfbericht nach §§ 114 ff. SGB XI

Auftragsnummer 230314VA23000350-000016649

**Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale
Ambulanter Pflegedienst
Kantstraße 1
06110 Halle (Saale)**

Datum der Prüfung: 14.03.2023 bis 15.03.2023

Prüfer: Stephanie Blume
Pflegefachkraft
Auditor

Evelyn Wilke
Pflegefachkraft

Prüfmaßstab

- Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen SGB XI § 112ff
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vom 18. Dezember 2019
- Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011
- Expertenstandards nach § 113a SGB XI
- Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung
- Relevante Empfehlungen der Kommission für Krankenhaus und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Rahmenvertrag gemäß §§ 132 und 132a SGB V

Diese Unterlagen dienen gleichzeitig als Leitfaden zur Gesprächsführung.

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

1.1 Auftragsnummer:	230314VA23000350-000016649
1.2 Daten zum Pflegedienst	
a. Name	Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale Ambulanter Pflegedienst
b. Straße	Kantstraße 1
c. PLZ/Ort	06110 Halle (Saale)
d. Institutionskennzeichen (IK)	1. 461521273
e. Telefon	0345/1510907
f. Fax	0345/1510951
g. E-Mail	landgraf@paul-riebeck-stiftung.de
h. Internet-Adresse	www.paul-riebeck-stiftung.de
i. Träger/Inhaber	Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale Kantstraße 1 06110 Halle
j. Trägerart <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> öffentlich <input checked="" type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	t. n. z.
l. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	15.10.1999
m. Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	01.11.1999
n. Verantw. PFK Name	Nadine Weniger
o. Stellv. verantw. PFK	Martin Hennig
p. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	t. n. z.
q. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor
r. Anzeigepflichtiger Leistungserbringer	<input type="checkbox"/> ja

nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	
s. Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Nadine Weniger
t. E-Mailadresse der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	n.weniger@paul-riebeck-stiftung.de
u. Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	0345/1510907
v. Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	0345/1510951
w. Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

1.3 Daten zur Prüfung	
a. Auftraggeber	vdek §114 - Prüfbericht
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KNAPPSCHAFT <input checked="" type="radio"/> vdek
b. Prüfung durch	MDK
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	14.03.2023 15.03.2023
	von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ
d. Uhrzeit 1. Tag	08:00 16:20
	von bis
	08:00 15:10
2. Tag	von bis
3. Tag	von bis
e. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Pflegedienstes	Nadine Weniger Martin Hennig Silke Fehringer (verantwortliche Pflegefachkraft der Tagespflege des Trägers/Altenpfleger am 1. Prüftag anwesend) Dr. Dana Michele (Rechtsanwältin/Vertretung der Einrichtung am 1. Prüftag anwesend)
f. Prüfende Gutachterin oder prüfender Gutachter	Stephanie Blume Evelyn Wilke
g. An der Prüfung Beteiligte <input type="checkbox"/> Pflegekasse	Namen:

<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
---	--

Miriam Schulz (Pflegefachkraft) begleitete die Qualitätsprüfung im Rahmen der Einarbeitung.

Stephanie Blume setzte die Qualitätsprüfung am 2. Tag fort.

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a. <input checked="" type="radio"/> Regelprüfung b. <input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) <input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung c. <input type="radio"/> nach Regelprüfung <input type="radio"/> nach Anlassprüfung	
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	06.02.2020 TT.MM.JJJJ
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben
	TT.MM.JJJJ

1.5 Versorgungssituation					
	Gesamt	davon:			
		ausschließlich SGB XI	ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
versorgte Personen	144	16	48	70	10
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte	0				

Kassenzugehörigkeit der versorgten Personen:
 64 versorgte Personen - AOK Sachsen-Anhalt
 31 versorgte Personen - BARMER
 10 versorgte Personen - KKH
 9 versorgte Personen - Techniker Krankenkasse

- 8 versorgte Personen - IKK gesund plus
- 7 versorgte Personen - DAK-Gesundheit
- 7 versorgte Personen - Knappschaft
- 4 versorgte Personen - BAHN BKK
- 3 versorgte Personen - AOK Plus
- 1 versorgte Person - IKK classic

Unter "Sonstige" wurden versorgte Personen angegeben, die ausschließlich Beratungseinsätze nach § 37.3 SGB XI erhielten.

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

Untergewicht (BMI<18,5 kg/m²)/Entstehungsort: 1-mal gesamt; 1-mal vor Betreuungsbeginn

Dekubitus/Entstehungsort: 2-mal vor Betreuungsbeginn

Kontrakturen/Entstehungsort: 2-mal vor Betreuungsbeginn

1.7 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:	
a. Ziffer 6 Absaugen	0
b. Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	0
c. Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,	0
d. Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,	0
e. Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,	0
f. Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	3

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

--	--

1.10 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?

ja nein

2. Zusammenfassende Beurteilung

Im ambulanten Pflegedienst Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale Ambulanter Pflegedienst, Kantstraße 1 in 06110 Halle (Saale) wurde am 14.02. und 15.02.2023 eine Regelprüfung durchgeführt.

Laut Auskunft leitender Mitarbeiter lag zum Prüfzeitpunkt keine COVID -19-Infektion in der Einrichtung vor.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Leitende Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung standen dem Prüfteam für Rückfragen und organisatorische Angelegenheiten kooperativ zur Seite. Die erforderlichen Unterlagen wurden ausgehändigt und gemeinsam ausgewertet. Die vorläufigen Ergebnisse sowie Empfehlungen und Anregungen zu weiteren Verbesserungen wurden sowohl bei der Auswertung der Unterlagen als auch im Abschlussgespräch mitgeteilt.

Gemäß der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI wurde der Bogen zur Kundenbefragung im Abschlussgespräch an leitende Mitarbeiter der Einrichtung übergeben.

Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität wurden 8 Pflegebedürftige (im Prüfbericht P1 bis P7 und P9 genannt) mit den Pflegegraden 2 bis 4 gemäß SGB XI sowie eine versorgte Person mit Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V entsprechend des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie der Ziffer 31a (im Prüfbericht P8 genannt) einbezogen, um eine Überprüfung des Pflegezustandes und ggf. ein Gespräch zur Zufriedenheit durchzuführen. Das Einverständnis der Pflegebedürftigen und ggf. ihrer Betreuer wurde zuvor eingeholt. Die entsprechenden Pflegedokumentationen wurden hinzugezogen.

Im Pflegegrad 2 wurden 17 Personen versorgt, davon willigte 1 versorgte Person nicht ein und 6 versorgte Personen/Bevollmächtigte/Betreuer waren nicht erreichbar.

Im Pflegegrad 3 wurden 20 Personen versorgt, davon waren 2 versorgte Personen/Bevollmächtigte nicht erreichbar.

Im Pflegegrad 4 und 5 wurden 7 Personen versorgt, davon waren 3 versorgte Personen/Bevollmächtigte/Betreuer nicht erreichbar und 1 Bevollmächtigter hat abgelehnt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Verantwortungsbereiche/Aufgaben sind in Stellenbeschreibungen entsprechend der Qualifikation geregelt. Die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft sind dem Landesverband der Pflegekassen bekannt. Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt die erforderlichen Kriterien und ist nur in Ausnahmesituationen in der direkten Pflege tätig.

Verbesserungspotenzial besteht hinsichtlich:

- der graphische Darstellung des Hierarchieaufbaus des Organigramms

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Eine verbindliche Regelung für die Umsetzung von Bezugspflege liegt vor. Die verantwortliche Pflegefachkraft hat ausreichend Zeit für Leitungsaufgaben. Die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte ist nachvollziehbar gewährleistet. Geeignete Dienstpläne sowie Einsatz-/Tourenpläne liegen vor. Die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen ist sichergestellt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement des ambulanten Pflegedienstes ist der Leitungsebene zugeordnet, die Wahrnehmung der Aufgaben ist erkennbar. Die Implementierung der Expertenstandards des DNQP (Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe) erfolgte. Die Handzeichenliste ist aktuell. Ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan liegt vor, aus welchem hervorgeht, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter einbezogen werden. Ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege lag vor. Mitarbeiter in der Pflege werden regelmäßig in Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult. Schriftlich festgelegte Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen liegen vor. Regelungen zum Umgang mit Beschwerden liegen vor.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 6 Hygiene

Ein angemessenes Hygienemanagement kommt zur Anwendung. Die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes sind nachweislich bekannt. Arbeitshilfen stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang zur Verfügung. Geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen liegen vor.

Zusammengefasste Abrechnungsprüfung

Bei 0 von 9 Versicherten wurde in der Abrechnungsprüfung mindestens eine Auffälligkeit festgestellt. Bei den 0 Versicherten mit Auffälligkeiten wurden über alle Bewertungsfragen hinweg insgesamt 0 Auffälligkeiten festgestellt. Davon entfielen 0 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB XI. Davon entfielen 0 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB V.

Weitere Ausführung zur Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Abrechnungsprüfung befinden sich im letzten Teil des Prüfberichtes unter der Rubrik "Zusatzinfos".

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Maßnahmen

zur Struktur- und Prozessqualität:

Frage	Maßnahme	Frist
3.1	Die Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter sind verbindlich zu regeln: - die Organisationsstruktur des Pflegedienstes ist z. B. in Form eines Organigramms zu regeln	innerhalb eines ¼ Jahres

zur Prozess- und Ergebnisqualität:

Frage	Maßnahme	Frist
9.23	Die versorgte Person muss bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement erhalten.	unverzüglich
11.5	Bei vorliegendem Sturzrisiko sollten der Pflegedokumentation diesbezüglich konkrete Hinweise zu entnehmen sein, die Beratung von Angehörigen ist darzustellen.	unverzüglich
12.5	Der Pflegebedürftige bzw. sein Angehöriger ist im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken zu informieren.	unverzüglich
12.8	Der Pflegebedürftige bzw. sein Angehöriger ist im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Ernährung bei erkennbaren Risiken zu informieren.	unverzüglich
13.4	Individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen sind zu erfassen, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind.	unverzüglich
13.5	Maßnahmen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung müssen unter Berücksichtigung der Ressourcen und Risiken handlungsleitend geplant und durchgeführt werden.	unverzüglich
15.3	Die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung sind zu berücksichtigen.	unverzüglich
15.7	Dem Pflegebericht muss situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden können.	unverzüglich



27.03.2023 ,

Datum, Stephanie Blume



27.03.2023 ,

Datum, Evelyn Wilke

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

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

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Kapitel 4 Ablauforganisation

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Kapitel 6 Hygiene

Kapitel 7 Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

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

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zu den Leistungsbeziehern

Kapitel 9 Behandlungspflege

Kapitel 10 Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

Kapitel 11 Mobilität

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Kapitel 13 Ausscheidung

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

Kapitel 18 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

(siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

voraussichtlichen entstehenden Kosten erstellt?

Die Anforderung wurde erfüllt.

2.4 Werden Pflegeverträge mit den versorgten Personen abgeschlossen?

Die Anforderung wurde 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?

Die Anforderung wurde mit 5 von 6 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- a. Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt

Das eingesehene Organigramm (Stand 12/2021) spiegelte die Aufgabenverteilung/Kommunikationsbeziehung in der Einrichtung nicht wieder, da Pflegefachkräfte, Pflegehelfer und Betreuungsassistentin auf einer Hierarchieebene abgebildet waren. Die leitende Mitarbeiterin gab diesbezüglich an, dass die Organisationsstruktur vom Unternehmen wie laut Organigramm vorgegeben wurde.

3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

Die Anforderung wurde erfüllt.

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien :

Die Anforderung wurde erfüllt.

3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?

39 Stunden

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

Die Anforderung wurde erfüllt.

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien :

Die Anforderung wurde erfüllt.

3.8 Zusammensetzung Personal							
Basis für Vollzeit Stunden/Woche					39,00		
Geeignete Kräfte:	Vollzeit		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	
Pflege							
Verantwortliche Pflegefachkraft	39,00	1					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	39,00	1					1,00
Altenpflegerinnen und Altenpfleger			30,00	6			8,21
			35,00	4			
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer			30,00	2			1,54
angelernte Kräfte			30,00	5			3,85
Auszubildende	39,00	2					2,00
Hilfen bei der Haushaltsführung							
hauswirtschaftliche Mitarbeiter innen und Mitarbeiter			25,00	1			3,85
			30,00	3			
			35,00	1			

Die Angaben in der Tabelle beziehen sich ausschließlich auf Aussagen leitender Mitarbeiter .

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wurde erfüllt.

4.2 Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Die Anforderung wurde erfüllt.

4.5 Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

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

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

5.5 Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter innen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

6.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

6.3 Stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

P1

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	14.03.2023	Uhrzeit	11:17	Nummer Erhebungsbogen	P1

M/Info	
8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 1
b. Pflegekasse	AOK Sachsen-Anhalt
c. Geburtsdatum	1934
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	10.07.2011
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Z. n. Hirninfarkt mit Hemiparese links, Osteoporose
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag:

- 1-mal täglich große Morgentoilette
- 1-mal wöchentlich kleine Abendtoilette (mittwochs)
- 1-mal täglich Betten/Lagern (Bett richten)
- 1-mal monatlich und bei Bedarf Wechseln der Bettwäsche
- 2-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (montags, freitags abends)
- 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Weiterhin wurden 1-mal wöchentlich Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein :

- 3-mal täglich Medikamentengabe
- 1-mal täglich Anlegen von Kompressionsverbänden

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Januar 2023 einbezogen.

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

M/Info	
8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Stephanie Blume, Miriam Schulz
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpflegerin (bei der Dokumentationsauswertung anwesend) stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger Rechtsanwältin/Vertretung der Einrichtung
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	t. n. z.

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

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

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wurde beim Tür öffnen im Rollstuhl sitzend angetroffen, eine ausführliche Gesprächsführung war im Wohnzimmer am Tisch sitzend gut möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte bei angezogenen Kompressionsstrümpfen eingeschränkt. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten. Die Prüferinnen trugen zu jeder Zeit eine FFP 2-Maske.

Genutzte Hilfsmittel: Brille, Hausnotruf

Therapeutische Maßnahmen laut ärztlicher Verordnung:
2-mal wöchentlich Ergo- und Physiotherapie

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere	(inklusive Paresen, Kontraktoren)

Extremitäten	linker Arm Hemiparese, aktives/passives Anheben bis Brusthöhe; rechte Hand Einschränkungen der Halte- und Greiffunktion bei deutlicher Kraftlosigkeit und Polyneuropathie (laut Aussagen der versorgten Person)
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	linkes Bein Hemiparese, unvollständiges aktives/passives Beugen/Strecken; rechtes Bein kraftgeminderte Bewegungsabläufe mit Erhalt der aktiven Gelenkbeweglichkeit
c. Lageveränderung im Bett	verlangsamt selbstständig
d. Aufstehen	aus liegender und sitzender Position erschwert mit Festhalten am Mobiliar
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
f. Stehen	kurzzeitig im Rahmen der eigenständigen Transfermaßnahmen mit Festhalten am Mobiliar/Hilfsmittel
g. Gehen	in der Wohnung Gehen weniger Schritte mit Rollator; Gangbild bei deutlicher Kraftlosigkeit und eingeschränkter Ausdauer mit auftretender Kurzatmigkeit unsicher; überwiegende selbstständige Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit Elektrorollstuhl; wurde für Arztfahrten im Rollstuhl gefahren

Genutzte Hilfsmittel: Pflegebett mit Betaufrichter, fahrbarer Bettbeistelltisch, Rollstuhl, Elektrorollstuhl für Innen- und Außenbereich, Rollator, orthopädische Schuhe mit Fußheberfunktion beidseits, Duschstuhl, Kompressionsstrümpfe Klasse 2

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

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

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

In der Strukturierten Informationssammlung beurteilten die Mitarbeiter aufgrund von

Gangunsicherheit und Z. n. Hüftoperation ein Risiko und beschrieben pauschal "... zu Maßnahmen/Risiken zum Sturzrisiko hingewiesen und aufgeklärt ...". Zudem zeigten sich im Hausbesuch bei selbstständigen Transfermaßnahmen deutliche körperliche Einschränkungen, Schwäche sowie Kurzatmigkeit. Hierzu erfolgte keine erforderliche Beratung bezüglich sturzprophylaktischer Maßnahmen mit bspw. folgenden Inhalten, Anpassung der Wohnumgebung (im Hausbesuch waren unterschiedlich hohe Teppiche sichtbar), personelle Hilfe beim Gehen mit Rollator anfordern (berichte im Hausbesuch täglich kurze Distanzen mit Rollator zurückzulegen), Hilfsmittel zu den Transfermaßnahmen in geeigneter Nähe abstellen, Zeit lassen, Selbstüberschätzung vermeiden (verneinte im Hausbesuch zum Teil Hilfebedarf). Hierzu gaben die Mitarbeiter an, dass der letzte Sturz schon einige Zeit zurück lag.

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	14.03.2023		
	kg	70,00		
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	158 cm		
c.	BMI (kg/m ²)	28,04		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

Gewichtsangaben waren der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Die in der Tabelle angegebene Körpergröße und das Gewicht schätzte die versorgte Person im Hausbesuch. Zudem gab die Pflegebedürftige ein konstantes Gewichtsverhalten der letzten sechs Monate sowie ein gutes Essverhalten an.

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

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

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
---	--

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

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d. <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	zur Nacht Toilettenstuhl

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

Von:	<input type="checkbox"/> Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen
------	--

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) - Kratzstellen und Hautreizungen auf der Kopfhaut -> die versorgte Person beklagte im Hausbesuch ausgeprägten Juckreiz auf dem Kopf, dem Pflegebericht war zu entnehmen, dass bereits ein Arztkontakt erfolgte, die Kopfhaut selbstständig mit Linola Kopfhaut-Tonikum versorgt und derzeit vom ambulanten Pflegedienst ca. alle 2 Tage eine Haarwäsche angeboten/durchgeführt wurde

15.2 Mundzustand / Zähne
Beschreibung

g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	Teilprothese Ober- und Unterkiefer
h. <input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges	Restzahnbestand Ober- und Unterkiefer

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

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

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

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

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023	

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen	
--	--

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

30-mal große Morgen-/Abendtoilette
3-mal kleine Morgen-/Abendtoilette

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

1-mal täglich große Morgentoilette
1-mal wöchentlich kleine Abendtoilette (mittwochs)

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

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

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023	

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

- 30-mal Betten/Lagern
- 1-mal Wechseln der Bettwäsche
- 9-mal Reinigung des genutzten Wohnraumes
- 1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.14	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	

- 1-mal täglich Betten/Lagern (Bett richten)
- 1-mal monatlich und bei Bedarf Wechseln der Bettwäsche
- 2-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (montags, freitags abends)
- 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung (z. B. Rezepte anfordern)

		ja	nein	tnz
16.1.15	Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
16.1.16	der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJ	
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- richten - verabreichen	3	7		01.01.2023	31.03.2023
31b - An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der	verordnet	-	1	7		01.01.2023	31.03.2023

Kompressionsklassen bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes							
---	--	--	--	--	--	--	--

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023	

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

	ja	nein	tnz
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?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P2

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	14.03.2023	Uhrzeit	10:40	Nummer Erhebungsbogen	P2

M/Info	
8.2 Angaben zur versorgten Person	
a.	P 2

Name	
b. Pflegekasse	AOK Sachsen-Anhalt
c. Geburtsdatum	1943
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	14.04.2020
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Morbus Parkinson, Adipositas, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz Stadium 4, Herzinsuffizienz, Koxarthrose beidseits
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag vom 20.12.2022 bis 05.02.2023:

1-mal wöchentlich große Abendtoilette (sonntags)

6-mal wöchentlich kleine Morgentoilette (montags bis samstags)

2-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (sonntags, freitags)

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag ab 06.02.2023:

1-mal täglich kleine Morgentoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes

4-mal täglich Darm-/Blasenentleerung

1-mal täglich Betten/Lagern (abends)

Weiterhin wurden 3-mal wöchentlich Entlastungsleistungen (Betreuung) nach § 45b SGB XI vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein :

- 3-mal täglich Medikamentengabe
- 3-mal täglich Blutzuckermessung
- 3-mal täglich Insulininjektionen
- 4-mal monatlich Injektionen subcutan

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Dezember 2022 Januar 2023 einbezogen.

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

M/Info	
8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Stephanie Blume, Miriam Schulz
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpflegerin (bei der Dokumentationsauswertung anwesend) stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger Rechtsanwältin/Vertretung der Einrichtung
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	Ehefrau der versorgten Person

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

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

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

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wurde auf dem Sessel liegend angetroffen, eine Gesprächsführung war bei Höreinschränkungen und undeutlicher Aussprache eingeschränkt möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten. Die Prüferinnen trugen zu jeder Zeit eine FFP 2-Maske.

Genutzte Hilfsmittel: Lesebrille, Hausnotruf

Therapeutische Maßnahmen laut ärztlicher Verordnung:
2-mal wöchentlich Ergotherapie sowie 2-mal wöchentlich Logopädie

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) deutlich kraftgemindertes aktives Anheben beider Arme bis Kopfhöhe, passiv uneingeschränkt; Einschränkungen der Halte- und Greiffunktion bei

	Kraftlosigkeit
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	deutlich kraftgeminderte Bewegungsabläufe mit Erhalt der Gelenkbeweglichkeit
c. Lageveränderung im Bett	mühsam selbstständig
d. Aufstehen	ausschließlich mit personeller Unterstützung
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	verlangsamt selbstständig
f. Stehen	ausschließlich mit Halten am Mobiliar/Hilfsmittel
g. Gehen	innerhalb der Wohnräume Fortbewegung kurzer Distanzen mit Rollator und personeller Sicherung oder Begleitung; Gangbild schlurfend, unsicher und geringe Schrittführung; im bekannten Außenbereich mit Elektromobil; wurde für lange Spazierfahrten mit Rollstuhl und Schiebehilfe gefahren

Genutzte Hilfsmittel: Pflegebett mit Betaufrichter, elektrisch verstellbarer Sessel, Elektromobil, Rollstuhl mit Schiebehilfe, Rollator

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

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

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

In der Dokumentation wurde ein Sturzrisiko beurteilt/beschrieben. Eine erforderliche Beratung mit notwendigen Hinweisen, bspw. dauerhafte Begleitung/Sicherung beim Gehen am Rollator ermöglichen, ggf. bei körperlicher Schwäche Rollstuhl nutzen, bei Höreinschränkungen stets die Hörgeräte einsetzen um Reaktionsvermögen zu verbessern bzw. die Umwelt besser wahrnehmen zu können sowie die Muskelkraft/das Gleichgewicht fördern (z. B. im Rahmen von Betreuungsmaßnahmen), fand keine Berücksichtigung.

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	02.02.2023	18.11.2022	08.07.2022
	kg	102,00	110,70	115,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	165 cm		
c.	BMI (kg/m ²)	37,47		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input checked="" type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

Anhand der dokumentierten Gewichte zeigte sich eine relevante Abnahme in den letzten sechs Monaten. Monatliche Gewichtsermittlungen waren der Dokumentation nicht zu entnehmen. Hinsichtlich der Gewichtsreduktion fanden sich in den Verlaufsbeschreibungen und der Strukturierten Informationssammlung nachvollziehbare Hinweise zu einer gewollten Abnahme, des letzten Gewichtsverlustes und der hinzugekommenen Appetitminderung nach dem letzten Krankenhausaufenthaltes (vom 05.02. bis 10.02.2023) wieder.

Hinzukommend teilten die versorgte Person und die anwesende Ehefrau Schluckstörungen mit Aspirationsgefahr beim Essen und Trinken mit.

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

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

Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--	-------------------------------------	----------------------------

12.4
Flüssigkeitsversorgung?
Von: <input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

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

Wenngleich sich bei der versorgten Person eine Schluckstörung entwickelte und personeller Unterstützungsbedarf beim Bereitstellen und Andicken der Getränke erforderlich war, erfolgte eine notwendige Beratung zu dieser Thematik nicht.

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

Wenngleich sich bei der versorgten Person eine Schluckstörung, ein reduziertes Essverhalten bei verminderten Appetit entwickelten und ein personeller Unterstützungsbedarf beim mundgerechten Zubereiten aller Mahlzeiten bestanden, erfolgte eine notwendige Beratung zu dieser Thematik, z. B. deren Pflegepersonen über das Risiko eines möglichen Ernährungsdefizites, Aspirationsgefahr und zu möglichen Maßnahmen, z. B. mundgerechte Zubereitung, weiche und passierte Kost anbieten um Aspirationsgefahr zu minimieren, Mahlzeiten im Sitzen und gemeinsam einnehmen, nicht.

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen - Nutzung für längere Wegstrecken
d. <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Urinflasche zur Nacht

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

Der aus den Einschränkungen resultierende Hilfe- und Betreuungsbedarf wurde seitens der Pflegeperson/Pflegebedürftigen erkannt, entsprechende Maßnahmen (z. B. Inkontinenzwechsel, regelmäßige Toilettengänge, Intimpflege) eingeleitet. Ein darüberhinausgehender Beratungsbedarf bestand für die Mitarbeiter des Pflegedienstes nicht.

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

Wenngleich seit Februar 2023 mehrfach täglich Leistungen zur Ausscheidung vereinbart und erbracht wurden, waren die im Zusammenhang stehenden Einschränkungen nicht dargestellt. Hierzu teilte die Pflegefachkraft mit, dass die versorgte Person zur Toilette begleitet werden musste. Des Weiteren gab die Ehefrau an, dass zur Nacht eine Urinflache und bei längeren Wegen außerhalb der Wohnung eine Vorlage zur Anwendung kamen. Diesbezügliche Hinweise fanden sich in der Dokumentation nicht wieder.

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

Maßnahmen zur Unterstützung bei Ausscheidungen waren nicht handlungsleitend geplant, wenngleich im pflegefachlichen Austausch berichtet wurde, dass der Hilfebedarf beim Toilettengang, beim Bekleidung richten und der Intimhygiene notwendig waren.

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) - Ödeme beide Unterschenkel und Füße, trotz Hochlagerung

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

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

Wenngleich sich die Leistungserbringung im Rahmen der Körperpflege geändert hatte und die versorgte Person ab Mitte Februar 2023 täglich eine kleine Grundpflege erhielt, wurden in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen individuellen Wünsche/Durchführungen unvollständig dokumentiert (lediglich 1-mal wöchentlich Maßnahmen zum Duschen geplant) bzw. nicht angepasst. Hierzu räumte die Pflegefachkraft ein, dass die Leistungen in der Dokumentation noch nicht evaluiert wurden.

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

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

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

Wenngleich seit Februar 2023 Veränderungen bezüglich der Leistungserbringung im Bereich der Ausscheidung, Körperpflege aufgrund von reduzierten Allgemeinzustand notwendig waren und im Rahmen der Inaugenscheinnahme Unterschenkel-/Knöchelödeme (trotz Hochlagerung) erkennbar wurden, fanden sich im Verlaufsbericht hierzu keine Eintragungen und Maßnahmen wieder.

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023	

Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023
--

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

4-mal große Morgen-/Abendtoilette
 27-mal kleine Morgen-/Abendtoilette

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

1-mal wöchentlich große Abendtoilette (sonntags)
 6-mal wöchentlich kleine Morgentoilette (montags bis samstags)

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

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

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 06.02.2023 Mi. 08.02.2023 Mo. 13.02.2023 Mi. 15.02.2023 Mo. 20.02.2023	

Mi. 22.02.2023
Mo. 27.02.2023

Eine Wochenend- bzw. Feiertagsversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

8-mal Reinigung des genutzten Wohnraumes

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind	
16.1.14 für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	

2-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (sonntags, freitags)

	ja nein tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten	
16.1.15 Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	

	ja nein tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei	
16.1.16 der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
worden sind?	

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- richten	3	7		01.01.2023	30.06.2023
18 - Injektionen	verordnet	- s. c.	3	7		01.01.2023	30.06.2023
11 - Blutzuckermessung	verordnet	-	1	7		01.01.2023	30.06.2023
18 - Injektionen	verordnet	- s. c.	1	1		01.01.2023	31.12.2023

Erläuterung: Depotinsulin

16.2.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 15.12.2022 Do. 22.12.2022 Do. 29.12.2022 Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023 Do. 12.01.2023 Do. 19.01.2023 Do. 26.01.2023	

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

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?	ja	nein	tnz
		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P3

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	15.03.2023	Uhrzeit	10:38	Nummer Erhebungsbogen	P3

M/Info					

8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 3
b. Pflegekasse	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
c. Geburtsdatum	1940
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	17.12.2021
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit, venöse Insuffizienz
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag:

1-mal wöchentlich kleine Abendtoilette (freitags)

1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Weiterhin wurden 1-mal wöchentlich Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (Hauswirtschaft) vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein:

1-mal täglich Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen

3-tägig Wechseln des Schmerzpflasters (ab 13.03.2023 verordnet, erster Wechsel am

16.03.2023)

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Dezember 2022 und Januar 2023 einbezogen.

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

M/Info	
8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Stephanie Blume, Miriam Schulz
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpflegerin (bei der Dokumentationsauswertung anwesend) stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	t. n. z.

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

		ja	nein	tnz
9.23	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Hausbesuch gab die versorgte Person an, dass sich die chronischen Rückenschmerzen seit letztem Donnerstag (09.03.2023) verstärkt hatten. Daraufhin suchte sie den behandelnden Hausarzt auf, dieser passte die Schmerztherapie (erhielt im Vorfeld Tilidin) mit einem Fentanylpflaster 25 µg an. Zudem ergänzte die zu Versorgende, dass weitere Schmerzen seit dem 10.03.2023 rechte Schulterseite bestanden und sie hierfür das verordnete Bedarfsmedikament (Novaminsulfon 500 mg) ausschöpfte. Hinsichtlich der Schmerzproblematik war den Berichtsverläufen lediglich am 06.03.2022 "klagte über Schmerzen im rechten Arm und wollte selbstständig zum Arzt gehen" und der Strukturierten Informationssammlung "O-Ton: "Zwickt immer mal, man wird nicht jünger und man muss damit leben, auf Skala von 1 bis 10 - 1 aber nicht immer" zu entnehmen. Erforderliche Angaben, z. B. zur Schmerzart, zu Schmerzlagerung, zur Schmerzintensität, zum Schmerzverlauf (ggf. mit Hilfe eines Schmerzassessments) und verstärkende bzw. lindernde Faktoren, fanden in der Dokumentation keine Beachtung. Somit kam bei Schmerzen (akut/chronisch) kein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement zur Anwendung. Den leitenden Mitarbeitern war die Schmerzproblematik nicht bekannt.

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person öffnete die Wohnungstür. Eine ausführliche Gesprächsführung war im Wohnzimmer am Tisch sitzend gut möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte bei angezogenen Kompressionsstrumpf links eingeschränkt. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten. Die Prüferinnen trugen zu jeder Zeit eine FFP 2-Maske.

Genutzte Hilfsmittel: Brille, Hörgerät beidseits

Therapeutische Maßnahmen laut ärztlicher Verordnung:
2-mal wöchentlich Physiotherapie

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) linke Hand Taubheitsgefühl mit mäßigen Einschränkungen der Halte- und Greiffunktion

b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
c. Lageveränderung im Bett	verlangsamt selbstständig
d. Aufstehen	mit Aufstützen am Mobiliar/Hilfsmittel
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
f. Stehen	überwiegend mit Halten am Mobiliar
g. Gehen	innerhalb der Wohnräume mit Gehstock, selbstständige Gehübungen mit Unterarmgehstützen, außerhalb mit Rollator; Oberkörper beim Gehen deutlich nach vorn geneigt

Genutzte Hilfsmittel: diverse Gehstöcke (in der Wohnung verteilt), Rollator, Unterarmgehstützen, Duschhocker, Duschstuhl, orthopädische Einlagen beidseits, Handgelenksbandage beidseits zur Nacht, Kompressionsstrumpf links Klasse 2

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung		
a. Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.

	Datum	15.03.2023		
	kg	85,00		
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
b. Aktuelle Größe	162 cm			
c. BMI (kg/m ²)	32,39			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Der Dokumentation waren keine regelmäßigen Gewichtsangaben zu entnehmen. Die in der Tabelle angegebene Körpergröße und das Gewicht wurden im Hausbesuch von der versorgten Person geschätzt. Weiterhin ergänzte die zu Versorgende ein gleichbleibendes Gewicht innerhalb der letzten 6 Monate und ein gutes Essverhalten.

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

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

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
d. <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Toilettenaufstehhilfe mit Lehne

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) - laut Angaben der versorgten Person bestanden regelmäßig Hautrötungen in der ausgeprägten Bauchfalte und unter den Brüsten, diese wurden selbstständig von der Pflegebedürftigen mit einer verordneten Salbe versorgt
15.2 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
	ja nein tnz
15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im (T01) Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (T02)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein (T17) Erstgespräch geführt wurde?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
15.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Wenngleich eine veränderte Schmerzproblematik und diesbezügliche Versorgungssituation vorlag, fanden sich hierzu keine Eintragungen und das Einleiten von Maßnahmen in der Pflegedokumentation wieder. Weitere Ausführungen unter dem Punkt 9.23.

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Fr. 16.12.2022 Fr. 23.12.2022 Fr. 30.12.2022 Fr. 06.01.2023 Fr. 13.01.2023 Fr. 20.01.2023 Fr. 27.01.2023	

Eine Wochenendversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

Dezember 2022:

5-mal kleine Morgen-/Abendtoilette

Januar 2023:

4-mal kleine Morgen-/Abendtoilette

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

1-mal wöchentlich kleine Abendtoilette (freitags)

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

	ja	nein	tnz
--	----	------	-----

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

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Fr. 06.01.2023	

Die vereinbarte Leistung "Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung" wurde 1-mal monatlich erbracht. Somit konnten keine weiteren Abrechnungstage einbezogen werden.

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

1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.14 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
---	--

1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung (z. B. Rezepte, Verordnungen)

16.1.15 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	ja nein tnz <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	---

16.1.16 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	ja nein tnz <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	---

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
31b - An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	verordnet	-	1	7		01.01.2023	31.03.2023
Erläuterung:	links						

16.2.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023	

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

	ja	nein	tnz
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?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P4

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	14.03.2023	Uhrzeit	11:00	Nummer Erhebungsbogen	P4

M/Info	
8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 4
b. Pflegekasse	BARMER
c. Geburtsdatum	1940
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	13.01.2020
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Z. n. Schlaganfall, Z. n. Oberschenkelhalsfraktur links, Z. n. Implantation einer Knie-TEP links
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	
--	--

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag:

- 2-mal wöchentlich große Abendtoilette (dienstags, freitags)
- 1-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (freitags)
- 2-mal wöchentlich Leistungen der häuslichen Betreuung (dienstags, freitags)
- 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Weiterhin wurden 1-mal wöchentlich Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein :

- 2-mal täglich Medikamentengabe

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Dezember 2022 sowie Januar 2023 einbezogen.

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

M/Info	
8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Evelyn Wilke
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegedienstleiterin/Altenpflegerin verantwortliche Pflegefachkraft der Tagespflege des Trägers/Altenpflegerin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger Rechtsanwältin/Vertretung der Einrichtung
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M4 M5 M3 M6
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	t. n. z.

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

	ja	nein	tnz
9.17 (T20) Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Wenngleich bei der versorgten Person chronische Schmerzen, laut eigener Angabe im linken Hüftgelenk, vorlagen, die Pflegebedürftige laut Medikamentenplan vom 21.07.2022 2-mal täglich Tilidin comp. Stada 150 mg/12 mg Retardtabletten erhielt sowie die Bedarfsmedikation Metamizol 500 mg ärztlich verordnet war, konnte der Dokumentation keine chronische Schmerzsituation entnommen werden.

	ja	nein	tnz
9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei dauerhafter Einnahme von Schmerzmedikation sowie am Tag der Inaugenscheinnahme seitens der versorgten Person beschriebene täglich auftretende Schmerzen im linken Hüftgelenk (Z. n. Schenkelhalsfraktur links 05/2022), welche sich in Ruhe besserten, kam seitens der Einrichtung kein pflegerisches Schmerzmanagement zur Anwendung. Der Dokumentation waren keine Angaben zur Schmerzlokalisierung-/intensität, zeitlichen Dimension (erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus), verstärkende-/lindernde Faktoren sowie ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben zu entnehmen. Die Mitarbeiterin stimmte dem Sachverhalt zu.

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wurde am Küchentisch sitzend angetroffen, eine adäquate Gesprächsführung war möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten. Die Prüferin trug zu jeder Zeit eine FFP2-Maske.

Genutzte Hilfsmittel: Brille, Hausnotruf, Sauerstoffkonzentrator mit Nasenbrille

Therapeutische Maßnahmen laut ärztlicher Verordnung:
1-mal wöchentlich Logopädie

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
c. Lageveränderung im Bett	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
d. Aufstehen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
f. Stehen	überwiegend mit Halten am Hilfsmittel/Mobiliar
g. Gehen	mit Rollator innerhalb sowie außerhalb für kurze Wege mobil; zügig kurzatmig bei körperlicher Belastungsminderung; leicht nach vorn geneigter Oberkörper beim Gehen

Genutzte Hilfsmittel: Rollator, Duschstuhl

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	14.03.2023		
	kg	50,00		
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	160 cm		
c.	BMI (kg/m²)	19,53		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

Gewichtsermittlungen erfolgten seitens des Pflegedienstes derzeit nicht. Die Pflegebedürftige gab das in der Tabelle genannte Gewicht sowie die Körpergröße an. Zudem beschrieb die zu Versorgende eine relativ konstante Gewichtssituation, schon immer schlank gewesen zu sein und einen gutes Essverhalten zu haben.

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

12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
-------------	--	--------------------------	---------------------------------------

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

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
e. <input checked="" type="checkbox"/> Sonstigem	Slipereinlage zum Wäscheschutz

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

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

	ja	nein
15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 03.01.2023 Fr. 06.01.2023 Di. 10.01.2023 Fr. 13.01.2023 Di. 17.01.2023 Fr. 20.01.2023 Fr. 27.01.2023	

Eine Wochenendversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

9-mal große Morgen-/Abendtoilette

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

2-mal wöchentlich große Abendtoilette (dienstags, freitags)

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

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

gestellt worden sind?	
------------------------------	--

16.1.7 Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 03.01.2023 Fr. 06.01.2023 Mo. 09.01.2023 Fr. 13.01.2023 Di. 17.01.2023 Fr. 20.01.2023 Fr. 27.01.2023	

Eine Wochenendversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht .

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

9-mal Leistungen der häuslichen Betreuung

16.1.9 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

2-mal wöchentlich Leistungen der häuslichen Betreuung (dienstags, freitags)

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

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Fr. 09.12.2022 Fr. 16.12.2022 Fr. 23.12.2022	

Fr. 30.12.2022
Fr. 13.01.2023
Fr. 20.01.2023
Fr. 27.01.2023

Eine Wochenend- bzw. Feiertagsversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

Dezember 2022

5-mal Reinigung des genutzten Wohnraumes

1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Januar 2023

3-mal Reinigung des genutzten Wohnraumes

1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.14 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
---	--

1-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes

1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung (z. B. Rezeptanforderung)

	ja	nein	tnz
16.1.15 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.1.16 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?			
Pos LV - Maßnahme	Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ

			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- verabreichen	2	7		01.01.2023	30.06.2023

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023 Mo. 09.01.2023 Di. 10.01.2023 Mi. 11.01.2023 Do. 12.01.2023 Fr. 13.01.2023	

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

	ja	nein	tnz
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?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P5

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	14.03.2023	Uhrzeit	11:30	Nummer Erhebungsbogen	P5

M/Info					

8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 5
b. Pflegekasse	Knappschaft
c. Geburtsdatum	1927
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	05.03.2014
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Chronischer Schmerz bei degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5) Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag:

- 3-mal wöchentlich große Morgen-/Abendtoilette (dienstags, donnerstags, sonntags)
- 2-mal wöchentlich kleine Morgen-/Abendtoilette (montags, freitags)
- 1-mal täglich Zubereitung einer Mahlzeit (Hauswirtschaft)
- 2-mal täglich Betten/Lagern (Bett richten)
- 3-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (dienstags, donnerstags, sonntags)
- 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Weiterhin wurden 1-mal wöchentlich Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein :

3-mal täglich Medikamentengabe

1-mal täglich Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Januar 2023 einbezogen.

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

M/Info	
8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Evelyn Wilke
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegedienstleiterin/Altenpflegerin verantwortliche Pflegefachkraft der Tagespflege des Trägers/Altenpflegerin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger Rechtsanwältin/Vertretung der Einrichtung
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M6 M4 M5 M3
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	t. n. z.

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

	ja	nein	tnz
9.16			

(T19) Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	----------------------------------	-----------------------	-----------------------

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

	ja	nein	tnz
9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wurde am Rollator stehend angetroffen, eine Gesprächsführung war uneingeschränkt möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte, bei anliegenden Kompressionsstrümpfen beidseits, eingeschränkt. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten. Die Prüferin trug zu jeder Zeit eine FFP2-Maske.

Genutzte Hilfsmittel: Brille, Hausnotruf

Therapeutische Maßnahmen laut ärztlicher Verordnung : 2-mal wöchentlich Physiotherapie

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) kraftreduzierte aktiv erhaltene

	Gelenkbeweglichkeit beider Arme
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	kraftreduziert und verlangsamt aktiv erhaltene Gelenkbeweglichkeit; ausgeprägte Zehdeformierungen beidseits ohne Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit
c. Lageveränderung im Bett	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
d. Aufstehen	mit mäßigem Aufstützen am Hilfsmittel/Mobiliar
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
f. Stehen	überwiegend mit Halten am Hilfsmittel/Mobiliar
g. Gehen	innerhalb der Wohnung verlangsamt unter Nutzung des Rollators; beim Gehen stark nach vorn geneigter Oberkörper; im Außenbereich mit Rollstuhl in personeller Übernahme mobil

Genutzte Hilfsmittel: Rollator, Rollstuhl, Kompressionsstrümpfe Klasse II beidseits, Duschhocker, Zehenspreizer beidseits

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

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

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

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

Ein Dekubitusrisiko bestand laut Angaben der Dokumentation und anwesender Mitarbeiterin nachvollziehbar aufgrund von Zehdeformierungen beidseits.

	ja nein tnz
Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und	

11.7 geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	----------------------------------	-----------------------	-----------------------

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a. Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.	
	Datum	14.03.2023		
	kg	60,00		
	<input type="checkbox"/> k.A.	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	
b. Aktuelle Größe	140 cm			
c. BMI (kg/m ²)	30,61			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Gewichtsermittlungen erfolgten seitens des Pflegedienstes bei der versorgten Person nicht. Das am Prüfungstag angegebene Gewicht wurde von der versorgten Person mitgeteilt, es wurde eine konstante Gewichtssituation in den letzten 6 Monaten angegeben. Einschränkungen im Bereich der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung bestanden nicht. Augenscheinlich befand sich die zu Versorgende in einem guten Ernährungszustand.

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

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

Kapitel 13 Ausscheidung

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

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

Der aus den Einschränkungen resultierende Hilfe- und Betreuungsbedarf wurde seitens der Pflegebedürftigen erkannt, entsprechende Maßnahmen (z. B. Hautbeobachtung/Hautpflege, regelmäßige Inkontinenzmaterialwechsel) eingeleitet. Ein darüber hinausgehender Beratungsbedarf bestand für die Mitarbeiter des Pflegedienstes nicht.

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

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

(T02) Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	
---	--

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

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

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 03.01.2023 Do. 05.01.2023 So. 08.01.2023 Mo. 09.01.2023 Do. 12.01.2023 Fr. 13.01.2023 Mo. 16.01.2023	

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

12-mal große Morgen-/Abendtoilette
 9-mal kleine Morgen-/Abendtoilette

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

3-mal wöchentlich große Morgen-/Abendtoilette (dienstags, donnerstags, sonntags)
 2-mal wöchentlich kleine Morgen-/Abendtoilette (montags, freitags)

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

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

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023 Mo. 09.01.2023 Di. 10.01.2023 Mi. 11.01.2023 Do. 12.01.2023 Fr. 13.01.2023	

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

31-mal Zubereitung einer Mahlzeit (Hauswirtschaft)
 61-mal Betten/Lagern (Bett richten)
 11-mal Reinigung des genutzten Wohnraumes
 1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.14 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	

1-mal täglich Zubereitung einer Mahlzeit (Hauswirtschaft)
 2-mal täglich Betten/Lagern (Bett richten)

3-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (dienstags, donnerstags, sonntags)

1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung (z. B. Rezeptbesorgung, Verordnung)

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten 16.1.15 Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei 16.1.16 der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- verabreichen	3	7		01.01.2023	31.03.2023
Erläuterung:	Medikamentengabe, Augentropfen						
31b - An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	verordnet	-	1	7		01.01.2023	31.03.2023
Erläuterung:	Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen						

16.2.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
	Geprüfter Abrechnungszeitraum:	

Sa. 07.01.2023
So. 08.01.2023
Mo. 09.01.2023
Di. 10.01.2023
Mi. 11.01.2023
Do. 12.01.2023
Fr. 13.01.2023

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

	ja	nein	tnz
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?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P6

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	14.03.2023	Uhrzeit	10:30	Nummer Erhebungsbogen	P6

M/Info	
8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 6
b. Pflegekasse	AOK Sachsen-Anhalt
c. Geburtsdatum	1926
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	19.09.2015
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Z. n. Unterschenkelfraktur rechts, Varizen der unteren Extremitäten

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

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag:

- 1-mal täglich große Morgentoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
- 1-mal täglich kleine Abendtoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
- 3-mal täglich Zubereitung einer Mahlzeit (Hauswirtschaft)
- 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Weiterhin wurden 1-mal wöchentlich Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein:

- 1-mal wöchentlich Medikamente herrichten (Medikamentenbox)
- 1-mal täglich Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Dezember 2022 sowie Januar 2023 einbezogen.

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

M/Info	

8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Evelyn Wilke
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegedienstleiterin/Altenpflegerin verantwortliche Pflegefachkraft der Tagespflege des Trägers/Altenpflegerin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger Rechtsanwältin/Vertretung der Einrichtung
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M6 M4 M5 M7
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	t. n. z.

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

Die Einnahme der Schmerzmedikation erfolgte seitens der versorgten Person in Eigenregie .
Seitens des Pflegedienstes wurde die bestehende Schmerzproblematik (beide Kniegelenke)
erfasst und ein Schmerzmanagement kam zur Anwendung.

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

Kapitel 11 Mobilität

--

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

Die versorgte Person wurde im Rollstuhl sitzend angetroffen, eine Gesprächsführung war möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte, bei anliegenden Kompressionsstrümpfen beidseits, eingeschränkt. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten. Die Prüferin trug zu jeder Zeit eine FFP 2-Maske.

Genutzte Hilfsmittel: Brille, Hausnotruf

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	kraftgemindert erhalten
c. Lageveränderung im Bett	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
d. Aufstehen	aus der Liege- und Sitzposition mit Aufstützen auf Mobiliar/Hilfsmittel verlangsamt selbständig oder mit personeller Unterstützung
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
f. Stehen	freier Stand nicht möglich; sicher mit Festhalten am Hilfsmittel
g. Gehen	wenige Schritte unter Nutzung des Rollators und sichernder Begleitung; Wege innerhalb der Wohnung überwiegend selbständig mit Rollstuhl durch Anschieben der Greifräder beidseits und Laufbewegung beider Beine; weitere Wegstrecken mit Rollstuhl in personeller Übernahme

Genutzte Hilfsmittel: Pflegebett mit Aufrichthilfe, Rollstuhl, Rollator, Kniegelenksbandage rechts, Duschstuhl, Kompressionsstrümpfe Klasse 2

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

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
---	--

Von:	<input type="checkbox"/> Gutachterin oder Gutachter beurteilt
	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	14.03.2023		
	kg	85,00		
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	168 cm		
c.	BMI (kg/m ²)	30,12		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

Da die Pflegebedürftige ausschließlich mit Abstützen beider Hände stehfähig war , erfolgten Gewichtsermittlungen seitens des Pflegedienstes nicht . Das Gewicht am Prüftag wurde durch die anwesende Pflegekraft geschätzt und seitens der versorgten Person ein konstantes Gewicht beschrieben. Augenscheinlich befand sich die zu Versorgende in einem guten Ernährungszustand und Einschränkungen im Bereich der Nahrungs-/Flüssigkeitsversorgung waren nicht feststellbar .

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

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

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

Kapitel 13 Ausscheidung

13.1 Die Person ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
d. <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Toilettensitzerhöhung mit Armlehnen

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

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

Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	
	ja nein
15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023 Mo. 09.01.2023 Di. 10.01.2023 Mi. 11.01.2023 Do. 12.01.2023 Fr. 13.01.2023	

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

33-mal große Morgen-/Abendtoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
 26-mal kleine Morgen-/Abendtoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
 1-mal kleine Morgen-/Abendtoilette

Die zusätzlich einmalig erbrachte Leistung kleine Morgen-/Abendtoilette sowie zum Abend zweimalig erbrachte große Abendtoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes erfolgte nachvollziehbar auf Wunsch der versorgten Person.

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

1-mal täglich große Morgentoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
 1-mal täglich kleine Abendtoilette mit Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes

--	--

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

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

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023 Mo. 09.01.2023 Di. 10.01.2023 Mi. 11.01.2023 Do. 12.01.2023 Fr. 13.01.2023	

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

93-mal Zubereitung einer Mahlzeit (Hauswirtschaft)
1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.14 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
---	--

3-mal täglich Zubereitung einer Mahlzeit (Hauswirtschaft)
1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten			

16.1.15 Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	--

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei 16.1.16 der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- richten	1	1		01.10.2022 31.03.2023
Erläuterung:	Wochenbox					
31b - An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	verordnet	-	1	7		01.01.2023 31.03.2023
Erläuterung:	Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen					

16.2.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mi. 14.12.2022 Mi. 21.12.2022 Mi. 28.12.2022 Mi. 04.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023 Mo. 09.01.2023	

Di. 10.01.2023
Mi. 11.01.2023
Do. 12.01.2023
Fr. 13.01.2023
Mi. 18.01.2023
Mi. 25.01.2023

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

	ja	nein	tnz
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 ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P7

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	15.03.2023	Uhrzeit	08:53	Nummer Erhebungsbogen	P7

M/Info	
8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 7
b. Pflegekasse	Techniker Krankenkasse
c. Geburtsdatum	1941
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	07.04.2021
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Chronischer Schmerz, Z. n. Knie-TEP beidseits
f. Pflegegrad	

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

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag:

- 2-mal wöchentlich große Morgentoilette (dienstags und freitags)
- 1-mal wöchentlich großer Einkauf (donnerstags)
- 2-mal wöchentlich Leistungen der häuslichen Betreuung (mittwochs und donnerstags)
- 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Weiterhin wurden 1-mal wöchentlich Entlastungsleistungen (Betreuung) nach § 45b SGB XI vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein:

- 1-mal wöchentlich Medikamente herrichten (Medikamentenbox)

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Dezember 2022 und Januar 2023 einbezogen.

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

M/Info	

8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Stephanie Blume, Miriam Schulz
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpflegerin (bei der Dokumentationsauswertung anwesend) stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1 M8
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	Ehefrau der versorgten Person

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

Die versorgte Person beklagte im Hausbesuch Rückenschmerzen und gab an, die Schmerzen selbstständig mit einem Massagegerät zu behandeln, zu lindern. Ein pflegerisches Schmerzmanagement kam seitens des ambulanten Pflegedienstes nicht zur Anwendung.

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person öffnete die Haustür, eine Gesprächsführung war vollumfänglich möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte im Wohnzimmer am Tisch sitzend. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten. Die Prüferinnen trugen zu jeder Zeit eine FFP2-Maske.

--	--

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	● ja ○ nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) keine pflegerischen Bewegungseinschränkungen
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	keine pflegerischen Bewegungseinschränkungen
c. Lageveränderung im Bett	keine pflegerischen Bewegungseinschränkungen
d. Aufstehen	mit Abstützen an Gegenständen
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	keine pflegerischen Bewegungseinschränkungen
f. Stehen	überwiegend mit Festhalten am Mobiliar
g. Gehen	innerhalb der Wohnung mit punktuellen Festhalten am Mobiliar, außerhalb Nutzung des Gehstockes und Begleitung der Ehefrau

Genutzte Hilfsmittel: Gehstock

11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	● ja ○ nein
--	-------------

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

	ja nein tnz
11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	● ○ ○

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	○ ja ● nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachterin oder Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a. Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.

	Datum	15.03.2023		
	kg	68,00		
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	170 cm		
c.	BMI (kg/m ²)	23,53		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

Regelmäßige Gewichtsangaben waren der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Die in der Tabelle angegebene Körpergröße und das Gewicht schätzte die versorgte Person im Hausbesuch. Zudem gab der Pflegebedürftige ein konstantes Gewichtsverhalten der letzten sechs Monate und ein gutes Essverhalten an.

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

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

Kapitel 13 Ausscheidung

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

--

15.2 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	Oberkiefer teilspangenprothese, Unterkiefer festsitzende Teilprothese
h. <input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges	Ober- und Unterkiefer Restteilzahnbestand

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

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

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

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

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
Di. 03.01.2023	
Fr. 06.01.2023	
Di. 10.01.2023	
Fr. 13.01.2023	
Di. 17.01.2023	
Fr. 20.01.2023	

Di. 24.01.2023

Eine Wochenendversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

8-mal große Morgen-/Abendtoilette

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

2-mal wöchentlich große Morgentoilette (dienstags und freitags)

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

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

16.1.7 Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 29.12.2022 Mi. 04.01.2023 Do. 12.01.2023 Mi. 18.01.2023 Do. 19.01.2023 Mi. 25.01.2023 Do. 26.01.2023	

Eine Wochenend- bzw. Feiertagsversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

Dezember 2022:

4-mal Leistungen der häuslichen Betreuung

Januar 2023:

6-mal Leistungen der häuslichen Betreuung

16.1.9 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	

2-mal wöchentlich Leistungen der häuslichen Betreuung (mittwochs und donnerstags)

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

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 22.12.2022 Do. 29.12.2022 Di. 03.01.2023 Do. 05.01.2023 Do. 12.01.2023 Do. 19.01.2023 Do. 26.01.2023	

Eine Wochenend- bzw. Feiertagsversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

Dezember 2022:

2-mal großer Einkauf

Januar 2023:

4-mal großer Einkauf

1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.14 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
---	--

1-mal wöchentlich großer Einkauf (donnerstags)
 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung (z. B. Arztwege, Apothekengänge)

16.1.15 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	ja nein tnz
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

16.1.16 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	ja nein tnz
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- richten	1	1		01.10.2022	31.03.2023
Erläuterung:		Medikamentenwochenbox					

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mi. 14.12.2022 Mi. 21.12.2022 Mi. 28.12.2022 Mi. 04.01.2023 Mi. 11.01.2023 Mi. 18.01.2023 Mi. 25.01.2023	

Eine Wochenend- bzw. Feiertagsversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

	ja	nein	tnz
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?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P8

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	15.03.2023	Uhrzeit	09:30	Nummer Erhebungsbogen	P8

M/Info	
8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 8
b. Pflegekasse	AOK Sachsen-Anhalt
c. Geburtsdatum	1940
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	22.08.2022
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Ulcus cruris, venöse Insuffizienz
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

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

Die versorgte Person wurde entsprechend der Qualitätsprüfungs-Richtlinien zusätzlich mit Leistungen ausschließlich der Behandlungspflege nach § 37 SGB V in die Prüfung einbezogen.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein :

1-mal täglich Kompressionsverband links anlegen, Kompressionsstrumpf rechts anziehen
 1-mal täglich Wundversorgung chronisch

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Januar 2023 einbezogen.

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

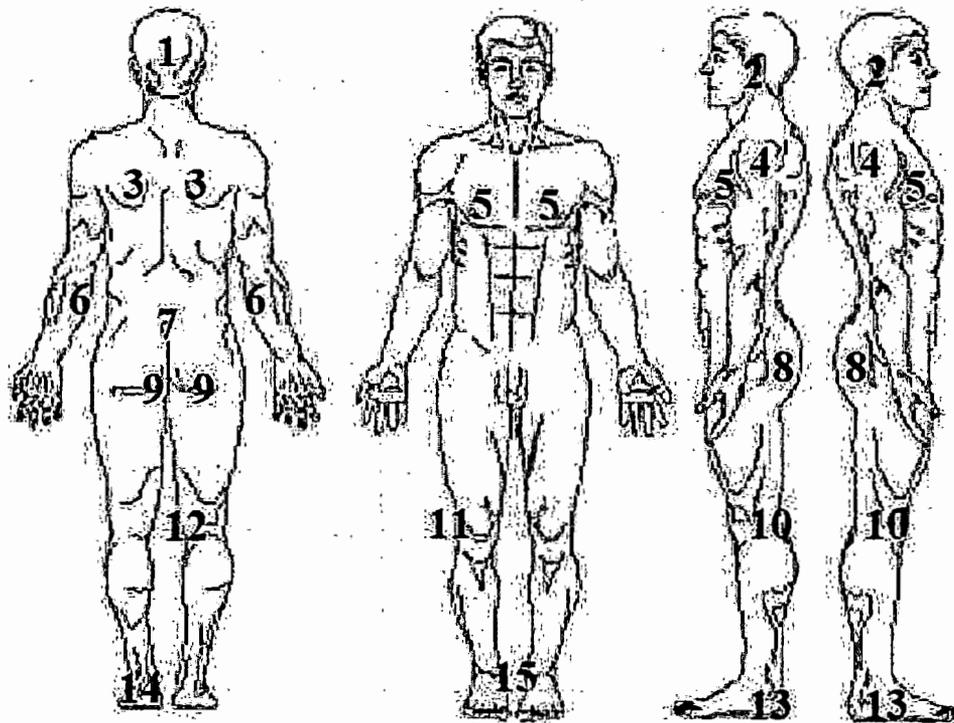
M/Info	
8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Stephanie Blume, Miriam Schulz
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpflegerin (bei der Dokumentationsauswertung anwesend) stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger

c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	t.n.z.

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

9.26 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1 Hinterhaupt | 9 Gesäß |
| 2 Ohrmuschel | 10 Knie außen |
| 3 Schulterblatt | 11 Kniescheibe |
| 4 Schulter | 12 Knie innen |
| 5 Brustbein | 13 Knöchel außen |
| 6 Ellenbogen | 14 Ferse |
| 7 Sacralbereich | 15 Knöchel innen |
| 8 großer Rollhügel | |

WUNDE 1

Art	<input type="radio"/> Dekubitus <input checked="" type="radio"/> Ulcus Cruris <input type="radio"/> Diabetisches Fußsyndrom		<input type="radio"/> sonstige Wunde <input type="radio"/> sonstige nicht chronische Wunde	
a. Größe/Tiefe	5,8cm H x3,5cm B x0,2cm T			
b. Ort der Entstehung	<input checked="" type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> extern		<input type="radio"/> nicht nachvollziehbar	
c. Lokalisation	Nummer aus Legende oder Text: 13		<input type="radio"/> rechts <input checked="" type="radio"/> links	
e. Umgebung	trocken			
f. Rand	rot			
g. Exsudat	wenig, klar			
h. Zustand	fest, rot, gelb			

i. Nekrose	keine
j. Geruch	<input checked="" type="radio"/> kein <input type="radio"/> übel riechend
9.27 Verwendete Materialien zur Behandlung (Verbandmaterial, Medikamente) <input type="checkbox"/> tnz 1-mal täglich laut ärztlicher Anordnung mit Micradacyn (Reinigung), Bactigras (Wundauflage), Momogalen (Wundränder), Wund- und Heilsalbe (Wundumfeld), Cutimed (zur Wundabdeckung), Verbandschlauch (zur Fixierung) und Kompressionsverband.	

Bemerkung Wunde 1: Zum Entstehungszeitpunkt wurde Juli 2022 angegeben und die Versorgung erfolgte erstmals ab August 2022. Anhand der Erläuterung der versorgten Person und der eingesehenen Fotodokumentation war eine positive Wundheilung erkennbar. Im Rahmen der Wundinaugenscheinnahme zeigten sich 2 Wunden. Die oben angegebene Wundgröße wurde von der Einrichtung im gesamten gemessen. In der Wundmitte hatte sich bereits ein Wundsteg gebildet. Im Wundgrund waren gelbe, rote Wundverhältnisse sowie klare, schmierige Exsudatabgänge sichtbar. Der Wundgrund grenzte sich deutlich ab und unterhalb entwickelte sich bereits die Granulationsphase. Oberhalb der Wunde befand sich eine weitere oberflächige Hautöffnung von ca. 2 cm im Durchmesser. Laut Angaben der Mitarbeiter bestand die Wunde erst seit dem Prüftag.

	ja	nein	tnz
9.28 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
9.29 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (T18)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
9.30 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
9.31 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
9.32	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T24) Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?

	ja	nein	tnz
9.34 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
Pos LV - Maßnahme	Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ		
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis	
31a - Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	verordnet -	1	7		01.01.2023	31.03.2023	
Erläuterung:	Ulcus cruris links						
31b - An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	verordnet -	1	7		01.01.2023	31.03.2023	
Erläuterung:	Kompressionsstrumpf rechts, Kompressionsverband links						

16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023 Mo. 09.01.2023	

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

	ja	nein	tnz
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?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P9

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			230314VA23000350-000016649		
Datum	14.03.2023	Uhrzeit	13:01	Nummer Erhebungsbogen	P9

M/Info	
8.2 Angaben zur versorgten Person	
a. Name	P 9
b. Pflegekasse	IKK gesund plus
c. Geburtsdatum	1946
d.	12.08.2014

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

Vereinbarte Leistungen laut Pflegevertrag:

- 5-mal wöchentlich große Morgen-/Abendtoilette (montags bis freitags)
- 5-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (montags bis freitags)
- 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

Weiterhin wurden 1-mal wöchentlich Entlastungsleistungen (Hauswirtschaft) nach § 45b SGB XI vereinbart.

Ärztlich verordnete Leistungen laut Verordnungsschein:

- 2-mal täglich Medikamentengabe
- 3-mal täglich Insulininjektionen

In die Prüfung wurde der Abrechnungszeitraum Januar 2023 einbezogen.

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

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

M/Info	
8.4 Anwesende Personen	
a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Stephanie Blume, Miriam Schulz
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpflegerin (bei der Dokumentationsauswertung anwesend) stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/Altenpfleger Rechtsanwältin/Vertretung der Einrichtung
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	t. n. z.

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

	ja	nein	tnz
9.17 (T20) Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wurde im Wohnzimmer stehend angetroffen, eine einfache Gesprächsführung war gut möglich. Die Beurteilung des Pflege- und Hautzustandes erfolgte. Der Mindestabstand von 1,5 m wurde aufgrund der Wohnverhältnisse nicht durchgängig eingehalten. Die Prüferinnen trugen zu jeder Zeit eine FFP 2-Maske.

Genutzte Hilfsmittel: Brille

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) mäßiger Aktionstremor rechte Hand mit mäßigen Einschränkungen der Halte- und Greiffunktion
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	kraftlos erhaltene Bewegungsabläufe
c. Lageveränderung im Bett	verlangsamt selbstständig
d. Aufstehen	mit Festhalten am Mobiliar
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
f. Stehen	keine pflegerelevanten Bewegungseinschränkungen
g. Gehen	innerhalb der Wohnräume ohne Hilfsmittel mit punktuell festhalten am Mobiliar; außerhalb gehend am Fahrrad; Gangbild hinkend bei Fußheberschwäche links

Genutzte Hilfsmittel: Duschstuhl

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	09.03.2023		06.09.2022
	kg	117,00		116,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input checked="" type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	165 cm		
c.	BMI (kg/m ²)	42,98		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

Monatliche Gewichtsangaben waren der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Die in der Tabelle angegebene Körpergröße schätzte die versorgte Person im Hausbesuch. Zudem gab der Pflegebedürftige ein konstantes Gewichtsverhalten der letzten sechs Monate und ein gutes Essverhalten an.

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

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

Kapitel 13 Ausscheidung

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) - rechtes Schienbein Hautverfärbungen, ohne therapeutische Konsequenz

15.2 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	Zahnprothese Unterkiefer
h. <input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges	Oberkiefer ohne zahnprothetische Versorgung auf Wunsch der versorgten Person

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

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

	ja nein
--	------------

15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Mo. 09.01.2023 Di. 10.01.2023 Mi. 11.01.2023	

Eine Wochenend- bzw. Feiertagsversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

21-mal große Morgen-/Abendtoilette

16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	

5-mal wöchentlich große Morgentoilette (montags bis freitags mittags)

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

	ja nein tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften	

16.1.6 Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	--

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

16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Mo. 09.01.2023 Di. 10.01.2023 Mi. 11.01.2023	

Eine Wochenend- bzw. Feiertagsversorgung erfolgte bei dieser versorgten Person nicht.

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

21-mal Reinigung des genutzten Wohnraumes
 1-mal Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.14 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
---	--

5-mal wöchentlich Reinigung des genutzten Wohnraumes (montags bis freitags)
 1-mal monatlich Unterstützung bei der Organisation der Haushaltsführung

16.1.15 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	ja nein tnz
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

16.1.16 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt	ja nein tnz
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

worden sind?

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- richten - verabreichen	2	7		01.01.2023 31.03.2023
18 - Injektionen	verordnet	- s. c.	3	7		01.01.2023 31.12.2023
Erläuterung:	Insulin					

16.2.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.01.2023 Di. 03.01.2023 Mi. 04.01.2023 Do. 05.01.2023 Fr. 06.01.2023 Sa. 07.01.2023 So. 08.01.2023	

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

	ja	nein	tnz
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?		
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 18 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

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

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

ja 5 versorgte Person(en)

keine Angaben 3 versorgte Person(en)

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

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

ja 5 versorgte Person(en)

keine Angaben 3 versorgte Person(en)

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

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

immer 8 versorgte Person(en)

18.4 (T39) Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?

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

ja 8 versorgte Person(en)

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

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

immer 8 versorgte Person(en)

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

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

ja 7 versorgte Person(en)

keine Angaben 1 versorgte Person(en)

18.7 (T45) Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter höflich und freundlich?

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

immer 8 versorgte Person(en)

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

Die Frage traf für 6 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 6 versorgte Person(en)

18.9 (T38) Fragen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung

Sie anziehen möchten?

Die Frage traf für 2 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 2 versorgte Person(en)

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

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

immer 5 versorgte Person(en)

keine Angaben 3 versorgte Person(en)

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

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

immer 8 versorgte Person(en)

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

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

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

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

immer 1 versorgte Person(en)

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

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

nein 1 versorgte Person(en)

Zusatzinfos

Kapitel 09: Behandlungspflege

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
9.1	M/B/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	1/9	0	
9.7	M/B/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	0/9	0	
9.8	M/B/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	1/9	0	
9.16	M/B/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	5/9	0	
9.17	M/B/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	2/9	0	
9.19	M/B/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	2/9	0	
9.29	M/B/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	1/9	0	
9.32	M/B/T24	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	5/9	0	
9.2	M/B	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.3	M/B	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	0/9	0	
9.4	M/B	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / Invasiv beatmeten Personen erfüllt?	0/9	0	
9.5	M/B	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	0/9	0	
9.6	M/B	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht	0/9	0	

		umgegangen?			
9.9	M/B	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.10	M/B	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.11	M/B	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.12	M/B	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.13	M/B	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.14	M/B	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.15	M/B	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.18	M/B	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.20	M/B	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.21	M/B	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.23	M/B	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	3/9	2	P3, P4
9.24	M/B	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.25	M/B	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.28	M/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	1/9	0	
9.30	M/B	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	1/9	0	
9.31	M/B	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	1/9	0	
9.33	M/B	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	0/9	0	
9.34	M/B	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	1/9	0	
9.35	M/B	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	0/9	0	
9.36 a	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Sturzrisiko	0/9	0	

9.36 b	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Dekubitusrisiko	0/9	0	
9.36 c	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	0/9	0	
9.36 d	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Inkontinenz	0/9	0	
9.36 e	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Demenz	0/9	0	
9.36 f	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Körperpflege	0/9	0	

Kapitel 11: Mobilität

Katalog-Index	Wertigkeit	Prüffrage Wortlaut	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
				Anzahl der Pflegebedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
11.3	M/B/T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	8/9	0	
11.8	M/B/T12	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	1/9	0	
11.9	M/B/T13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	0/9	0	
11.5	M/B	Werden bei Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	8/9	2	P1, P2
11.7	M/B	Werden versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	1/9	0	

Kapitel 12: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
12.5	M/B/T06	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?	1/9	1	P2
12.6	M/B/T05	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	0/9	0	
12.7	M/B/T04	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	0/9	0	
12.8	M/B/T09	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?	1/9	1	P2
12.9	M/B/T08	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	0/9	0	
12.10	M/B/T07	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	0/9	0	
12.11	M/B/T03	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	0/9	0	

Kapitel 13: Ausscheidung

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
13.4	M/B/T10	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	1/9	1	P2

13.5	M/B/T11	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	1/9	1	P2
13.3	M/B	Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	0/9	0	

Kapitel 15: Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
15.5	M/B/T17	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	2/9	0	
15.3	M/B/T01	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	8/9	1	P2
15.4	M/B/T02	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	8/9	0	
15.6	M/B	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	8/9	0	
15.7	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	4/9	2	P2, P3

Kapitel 16: Abrechnungsprüfung

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
16.1.05	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	8/9	0	

16.1.06	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	8/9	0	
16.1.10	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	2/9	0	
16.1.11	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	2/9	0	
16.1.15	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	8/9	0	
16.1.16	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	8/9	0	
16.2.3	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	9/9	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?	9/9	0	
16.2.6	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	0/9	0	