

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

Kirchliche Sozialstation Isny		Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Herrenbergweg 22		Berliner Straße 23
88316 Isny		78048 Villingen-Schwenningen
Prüfung am:	Gutachter:	
04.01.2024	Vonier, Dagmar	
	Schuller, Nathalie	
Gutachtendatum		
18.01.2024		
Gutachten-Nr.:	240102-18-000005113	
Auftrags-Nr.:	240104VA18102100-000005113	

## Prüfmaßstab

Vorschriften über die Qualitätssicherung nach dem Elften Kapitel des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI - Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR Teil 1a) Ambulante Pflege - vom 18. Dezember 2019; gültig seit 01.01.2021

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI von ambulanten Pflegediensten - Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) - in der jeweils aktuellen Fassung

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB in der ambulanten Pflege - in der jeweils aktuellen Fassung

Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB XI - in der jeweils aktuellen Fassung

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

Qualitätsrelevante Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst

Abrechnungs- und vergütungsrelevanten Verträge der Pflege- und Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst

Aktueller Stand des Wissens

Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V - in der jeweils aktuellen Fassung

Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege - in der jeweils aktuellen Fassung

Für die Qualitätsprüfung relevante Inhalte der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV)

Relevante Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

## 1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

### 1.1 Auftragsnummer (M/Info)

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
----------------	----------------------------

### 1.2 Daten zum Pflegedienst (M/Info)

a. Name	Kirchliche Sozialstation Isny
b. Straße und Hausnummer	Herrenbergweg 22
c. PLZ/Ort	88316 Isny
d. Institutionskennzeichen (IK)	1 . 500840803
e. Telefon	+49 75628844
f. Fax	+49 75627097842
g. E-Mail	anette.egerer@ahz-isny.de
h. Internetadresse	www.ahz-isny.de
i. Träger / Inhaber	AHZ Isny gGmbH, ,
j. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input checked="" type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k. ggf. Verband	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.
l. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.04.1994
m. Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	01.01.1981
n. Verantw. PFK Name	Oksana Rack
o. Stellv. verantw. PFK Name	Anette Egerer
p. ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen	keine Angabe
q. Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input checked="" type="checkbox"/> liegt nicht vor
r. Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
s. Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Oksana Rack
t. E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	oksana.rack@ahz-isny.de
u. Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	07562 707833

v.	Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	07562 7097842
w.	Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

**1.3 Daten zur Prüfung (M/Info)**

a.	Auftraggeber / zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b.	Prüfung durch	<input checked="" type="checkbox"/> Medizinischer Dienst	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
c.	Datum	von 04.01.2024	bis 04.01.2024
d.	Uhrzeit		
	1. Tag	von 08:30	bis 16:23
e.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Pflegedienstes	1 . Oksana Rack 2 . Anette Egerer	
f.	Prüfende Gutachterin oder prüfender Gutachter	1 . Vonier, Dagmar 2 . Schuller, Nathalie	
g.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: Welche?		

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

a.	<input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung	
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung	
d.	<input type="checkbox"/> Nächtliche Prüfung	
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	28.03.2023
f.	Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen	<input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben

**1.5 Versorgungssituation (M/Info)**

	Gesamt	davon:			
		ausschließlich SGB XI	ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
versorgte Personen	169	33	32	84	20
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

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

a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	2
d. Blasenkatheter	4
e. PEG-Sonden	1
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	10
h. vollständiger Immobilität	1
i. Tracheostoma	0
j. multiresistenten Erregern	0

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

	Ziffer	Beschreibung	Anzahl
a.	6	Absaugen	0
b.	8	Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	0
c.	24	Krankenbeobachtung, spezielle	0
d.	29	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege	0
e.	30	Venenkatheter, Pflege des zentralen	0
f.	31a	Wundversorgung einer chronischen oder schwer heilenden Wunde	5

**1.8 Pflegefachlicher Schwerpunkt (M/Info)**

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

**1.10 Leistungen durch andere Anbieter (M/Info)**

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

## 2. Zusammenfassende Beurteilung

Bei 0 von 9 versorgten Personen wurde in der Abrechnungsprüfung mindestens eine Auffälligkeit festgestellt.

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

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

Anleitung zum Verständnis der nachfolgenden Tabellen:

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

In Spalte 2 wird die Kategorie der Frage angegeben:

M = Mindestangaben

B = sonstige Bewertungsfrage

T = Transparenzkriterium mit Angabe der Nummer

Spalte 3 enthält den Wortlaut der Prüffrage.

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

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

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

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung ein-bezogene versorgte Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut		Anzahl der versorgten Pers.	Nummer der versorgten Pers.
9.16	M/ T19/B	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	3 / 9	0	
9.19	M/ T23/B	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	1 / 9	0	
9.23	M/B	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	1 / 9	0	
9.28	M/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	1 / 9	0	

Prüffrage			Frage traf für x von	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut	y in die Prüfung einbezogene versorgte Personen zu x/y	Anzahl der versorgten Pers.	Nummer der versorgten Pers.
9.29	M/ T18/B	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	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	
9.32	M/ T24/B	Sind Kompressionsstrümpfe / -verbände sachgerecht angelegt?	3 / 9	0	
9.34	M/B	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	1 / 9	0	
11.3	M/ T14/B	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	8 / 9	0	
11.5	M/B	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	8 / 9	0	
11.7	M/B	Werden versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	2 / 9	0	
11.8	M/ T12/B	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	1 / 9	0	



Prüffrage			Frage traf für x von	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut	y in die Prüfung einbezogene versorgte Personen zu x/y	Anzahl der versorgten Pers.	Nummer der versorgten Pers.
12.5	M/T6/ B	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?	2 / 9	0	
12.8	M/T9/ B	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	2 / 9	0	
13.3	M/B	Werden versorgte Personen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	2 / 9	0	
13.4	M/ T10/B	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	1 / 9	0	
13.5	M/ T11/B	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen / Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	1 / 9	0	
15.3	M/T1/ B	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	8 / 9	0	
15.4	M/T2/ B	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	8 / 9	0	
15.5	M/ T17/B	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	1 / 9	0	
15.6	M/B	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	8 / 9	0	

Prüffrage			Frage traf für x von	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut	y in die Prüfung einbezogene versorgte Personen zu x/y	Anzahl der versorgten Pers.	Nummer der versorgten Pers.
15.7	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	1 / 9	0	
16.1.5	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	8 / 9	0	
16.1.6	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?	1 / 9	0	
16.1.11	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	1 / 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?	3 / 9	0	
16.1.16	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	3 / 9	0	
16.2.3	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	7 / 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?	7 / 9	0	

### 3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

**Maßnahmen zur Struktur- und Prozessqualität: Keine**

**Maßnahmen zur Prozess- und Ergebnisqualität: Keine**

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

**Verantwortlich für das Gutachten:**

**18.01.2024, Vonier, Dagmar**

## Anlagen zum Prüfbericht

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

### Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst
- Kapitel 2 Allgemeine Angaben
- Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal
- Kapitel 4 Ablauforganisation
- Kapitel 5 Qualitätsmanagement
- Kapitel 6 Hygiene
- Kapitel 7 Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

Die folgenden Kapitel wiederholen sich für jede in die Prüfung einbezogene versorgte Person.

- Kapitel 8 Allgemeine Angaben zu den Leistungsbeziehern
- Kapitel 9 Behandlungspflege
- Kapitel 10 Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung
- Kapitel 11 Mobilität
- Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Kapitel 13 Ausscheidung
- Kapitel 14 Umgang mit Demenz
- Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
- Kapitel 16 Abrechnungsprüfung
- Kapitel 18 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

## Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Siehe 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

## Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

### **2.4 Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen? (B)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

### **2.5 Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch bei der versorgten Person? (B)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**2.6 Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt? (B)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal****3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich geregelt? (M/T32/T33/B)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt? (Info)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien: (B)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst? (Info)**

Stunden	35,55
---------	-------

**3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig? (Info)**

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist in der direkten Pflege tätig. Der wöchentliche Stundenumfang beträgt 13,82 Stunden.

**3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt? (Info)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien: (B)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**3.8 Zusammensetzung Personal (Info)**

Vollzeit Std./Woche: 39,0

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	
<b>Pflege</b>						
verantwortliche Pflegefachkraft		1,0	35,55			0,91
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft		1,0	33,57			0,86
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		1,0	29,25			4,59

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	
		2,0	23,4			
		1,0	11,7			
		1,0	25,34			
		2,0	19,5			
		1,0	17,55			
				1,0	5,46	
				1,0	3,9	
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		2,0	27,3			3,65
		1,0	23,4			
		1,0	15,6			
		1,0	19,5			
		1,0	29,25			
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer		1,0	17,55			0,45
<b>Betreuung</b>						
<b>Hilfen bei der Haushaltsführung</b>						
hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		1,0	15,6			3,25
		2,0	11,7			
		1,0	29,25			
		3,0	19,5			

## Kapitel 4 Ablauforganisation

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

### 4.2 Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben? (B)

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

### **Kapitel 5 Qualitätsmanagement**

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Ausgewählt wurden die Expertenstandards: Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

### **Kapitel 6 Hygiene**

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

**6.2 Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt? (M/B)**

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.



**P1****Kapitel 8 Allgemeine Angaben****8.1 Begutachtungsdaten**

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	13:32
Nummer Erhebungsbogen	1

**8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)**

a. Name	P1
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	AOK Baden-Württemberg
c. Geburtsdatum	**.**.1945
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	16.12.2015
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Hypothyreose, Osteoporose, Polyneuropathie, Diabetes mellitus Typ 2
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -				.

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		01.12.2022	30.11.2023
genehmigt	richten	1	1		01.12.2022	30.11.2023

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.12.2022	30.11.2023
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.12.2022	30.11.2023

## 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

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

**8.4 Anwesende Personen (M/Info)**

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nathalie Schuller
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

**Kapitel 9 Behandlungspflege****9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? (M/Info)**

ja

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input checked="" type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input checked="" type="checkbox"/>

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

ja

**Kapitel 11 Mobilität****11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)**

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

**11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)**

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Die Bewegungsfähigkeit im rechten Bein ist eingeschränkt.
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Die versorgte Person kann mit Abstützen beider Hände aufstehen.
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	Die versorgte Person kann kurzzeitig stehen. Bei längerem Stehen sucht sie mit einer Hand Halt.
g. Gehen	Die versorgte Person kann mit Hilfe eines Rollators gehen.

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

ja

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

ja

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

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

ja

**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

nein

von:

Gutachterin oder Gutachter beurteilt: Pflegedienst übernommen: 

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

### 12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

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

### 12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

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

## Kapitel 13 Ausscheidung

### 13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

### 15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

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

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

ja

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

ja

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

ja

**Kapitel 16 Abrechnungsprüfung****16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI****16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)**

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

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

Zeitraum 1		von: 01.10.2023	bis: 31.10.2023
------------	--	-----------------	-----------------

**16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
4x Große Körperpflege, 18x Kleine Körperpflege	

**16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> Keine
4x Große Körperpflege, 24x Kleine Körperpflege	

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

ja

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

ja

**16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)**

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

**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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

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

**16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?**

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		01.12.2022	30.11.2023
genehmigt	richten	1	1		01.12.2022	30.11.2023



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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.12.2022	30.11.2023
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.12.2022	30.11.2023

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

Zeitraum 1		von: 01.10.2023	bis: 31.10.2023
------------	--	-----------------	-----------------

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

ja

**16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (M/B)**

ja

## P2

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

## 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	14:17
Nummer Erhebungsbogen	2

## 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P2
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	BARMER
c. Geburtsdatum	**.*.*.1933
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	07.02.2023
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Anteriore ischämische idiopathische Optikusneuropathie rechts
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -				.

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	2	7		08.04.2023	08.04.2024
genehmigt	verabreichen	2	7		08.04.2023	08.04.2024

## 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

## 8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nathalie Schuller
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1

d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	
--	--

## Kapitel 9 Behandlungspflege

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

ja

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

ja

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input checked="" type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input checked="" type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input type="checkbox"/>

## Kapitel 11 Mobilität

### 11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

### 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Die versorgte Person kann mit Abstützen einer Hand am Mobiliar aufstehen.
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	

f. Stehen	
g. Gehen	Innerhalb der Häuslichkeit kann die versorgte Person entlang der Möbel gehen. Außerhalb nutzt sie Wanderstöcke zur Fortbewegung.

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

ja

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

ja

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

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

ja

**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

nein

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

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

a. Gewicht		<b>aktuell</b>	<b>vor ca. 3 Mon.</b>	<b>vor ca. 6 Mon.</b>
	Datum			
	kg			
		k.a. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
b. Aktuelle Größe (cm)				

c. Aktueller BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig

**12.3 Risiken Ernährung (M/Info)**

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

**12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)**

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

**Kapitel 13 Ausscheidung****13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)**

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> 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 (M/Info)**

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

**15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)**

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

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

ja

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

ja

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

ja

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

ja

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

#### 16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

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

Zeitraum 1	von: 01.10.2023	bis: 31.10.2023
------------	-----------------	-----------------

#### 16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
5x Große Körperpflege, 26x Transfer/An/Auskleiden	

#### 16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> Keine
4x Große Körperpflege, 24x Transfer/An/Auskleiden	

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

ja

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

ja

#### 16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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



**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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

**16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V****16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?****26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)**

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	2	7		08.04.2023	08.04.2024
genehmigt	verabreichen	2	7		08.04.2023	08.04.2024

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

Zeitraum 1	von: 01.10.2023	bis: 31.10.2023
------------	-----------------	-----------------

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

ja

**16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (M/B)**

ja

## P3

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

## 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	15:02
Nummer Erhebungsbogen	3

## 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P3
b. <input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegekasse	IKK classic
c. Geburtsdatum	**.**.1948
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	29.09.2022
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Diabetisches Fußsyndrom, Zustand nach Großzehenamputation rechts, pAVK
f. Pflegegrad	<input checked="" type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

### 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Maßnahme	Häufigkeit			Dauer	
	x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	1	3		10.10.2023	10.11.2023
genehmigt	1	3		10.10.2023	10.11.2023

## 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

## 8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nathalie Schuller
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

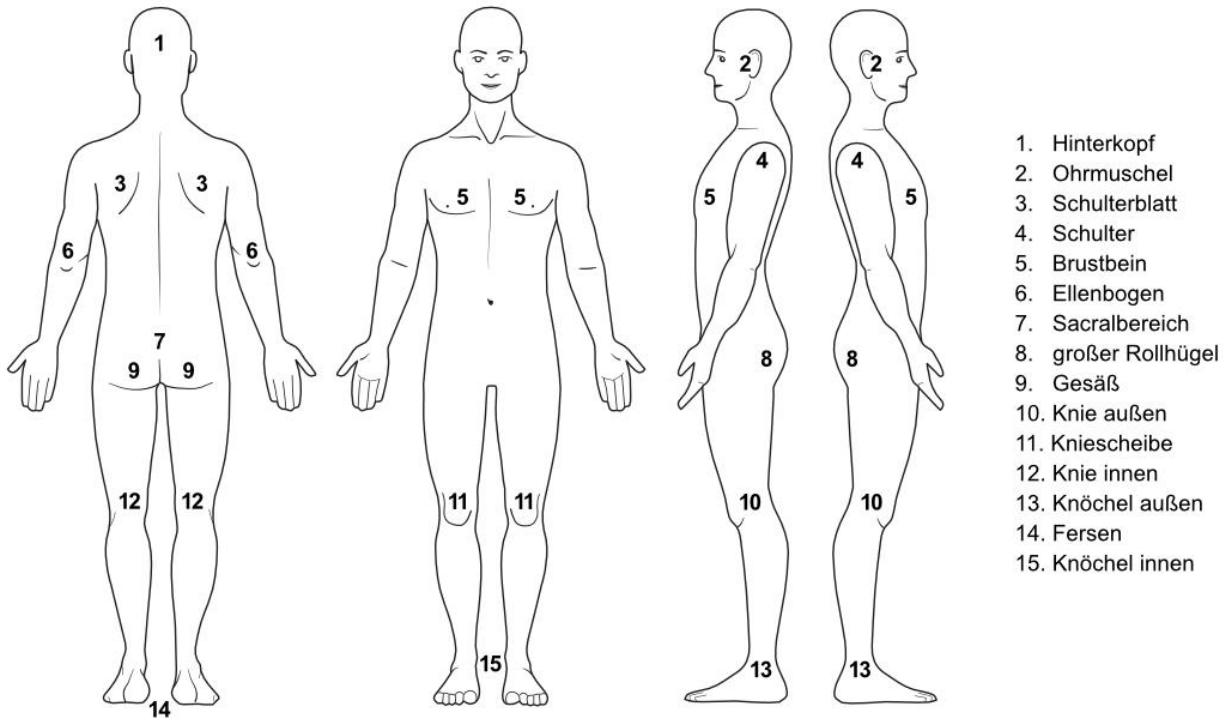
## Kapitel 9 Behandlungspflege

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

nein

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input checked="" type="checkbox"/>

9.26 Beschreibung vorliegender Wunden (M/Info)



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

© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	0,7 cm H x 0,1 cm B x 0,0 cm T					
b.	Ort der Entstehung	zu Hause <input checked="" type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>			
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen:			links <input type="checkbox"/>	rechts <input checked="" type="checkbox"/>	
d.	Kategorie/ Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input checked="" type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig <input checked="" type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input checked="" type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest <input checked="" type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine <input checked="" type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	

j.	Geruch	kein <input checked="" type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>
9.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	Biatain Schaumverband, Fixomull stretch	
Ergänzung zur c. Lokalisation: Großzehe			

**9.28 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? (M/B)**

ja

**9.29 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (M/T18/B)**

ja

**9.30 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? (M/B)**

ja

**9.31 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? (M/B)**

ja

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

ja

**9.36 Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? (M/B)**

a. Sturzrisiko	t.n.z.
b. Dekubitusrisiko	t.n.z.
c. Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	t.n.z.
d. Inkontinenz	t.n.z.
e. Demenz	t.n.z.

f. Körperpflege

t.n.z.

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

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

#### 16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

##### 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Maßnahme	Häufigkeit			Dauer	
	x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	1	3		10.10.2023	10.11.2023
genehmigt	1	3		10.10.2023	10.11.2023

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

Zeitraum 1	von: 01.11.2023	bis: 30.11.2023
------------	-----------------	-----------------

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

ja

#### 16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (M/B)

ja

## P4

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

## 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	14:34
Nummer Erhebungsbogen	4

## 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P4
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	AOK Baden-Württemberg
c. Geburtsdatum	**.*.*.1943
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.12.2019
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Diabetes mellitus Typ 2, Depression, Adipositas
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein



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

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -				.

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		10.01.2023	09.01.2024
genehmigt	richten	1	1		10.01.2023	09.01.2024

## 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

## 8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nathalie Schuller
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1

d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	
--	--

## Kapitel 9 Behandlungspflege

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

nein

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input checked="" type="checkbox"/>

## Kapitel 11 Mobilität

### 11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

### 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Die versorgte Person kann mit Abstützen beider Hände aufstehen
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	

g. Gehen	Die versorgte Person kann innerhalb der Häuslichkeit hilfsmittelfrei gehen. Außerhalb der Häuslichkeit nutzt sie einen Rollator zur Fortbewegung.
----------	---

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

ja

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

ja

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

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

ja

**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

nein

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

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

a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum			
	kg			
		k.a. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
b. Aktuelle Größe (cm)				

c. Aktueller BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig

**12.3 Risiken Ernährung (M/Info)**

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

**12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)**

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

**Kapitel 13 Ausscheidung****13.1 Die Person ist versorgt mit: (M/Info)**

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

**13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)**

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 (M/Info)**

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

**15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)**

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

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

ja

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

ja

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

ja

**Kapitel 16 Abrechnungsprüfung****16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI****16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)**

Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Feststellung / Bemerkung	Ein Pflegevertrag liegt vor. Ein aktueller Kostenvoranschlag kann am Tag der Qualitätsprüfung nicht vorgelegt werden. Der von der Einrichtung vorgelegte Kostenvoranschlag beinhaltet nicht die Leistungspakete "Pflegerische Betreuungsmaßnahmen" und "Waschen/Bügeln/Reinigen".

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

Zeitraum 1		von: 01.09.2023	bis: 30.09.2023
------------	--	-----------------	-----------------

**16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
12x Große Körperpflege	

**16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> Keine
12x Große Körperpflege	

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

ja

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

ja

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

Zeitraum 1		von: 01.09.2023	bis: 30.09.2023
------------	--	-----------------	-----------------

**16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)**

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

2x Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

Es wurden keine pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vereinbart.

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

ja

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

ja

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

Zeitraum 1		von: 01.09.2023	bis: 30.09.2023
------------	--	-----------------	-----------------

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

8x Waschen/Bügeln/Reinigen

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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

32x Einkaufen/Besorgungen

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

ja

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

ja

**16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V****16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?****26 Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)**

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		10.01.2023	09.01.2024
genehmigt	richten	1	1		10.01.2023	09.01.2024

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

Zeitraum 1	von: 01.09.2023	bis: 31.10.2023
------------	-----------------	-----------------

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

ja

**16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (M/B)**

ja



P5

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

### 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	14:02
Nummer Erhebungsbogen	5

### 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P5
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	Techniker Krankenkasse
c. Geburtsdatum	**.**.1956
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	25.03.2010
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Osteoporose, Aortenklappeninsuffizienz, Spinalkanalstenose, chronischer Schmerz
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -				.

## 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

## 8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nathalie Schuller
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

## Kapitel 9 Behandlungspflege

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

ja

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input checked="" type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input checked="" type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input type="checkbox"/>

## Kapitel 11 Mobilität

### 11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

### 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	Die Bewegungsfähigkeit des rechten Arms ist, aufgrund einer Hemiparese, eingeschränkt.
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Die Bewegungsfähigkeit im rechten Arm ist, aufgrund von Sensibilitätsstörungen, eingeschränkt.
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Die versorgte Person kann mit Abstützen der linken Hand am Mobiliar aufstehen.
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	
g. Gehen	Die versorgte Person kann kurze Strecken hilfsmittelfrei gehen. Für weitere Strecken nutzt sie einen Rollator zur Fortbewegung.

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

ja

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

ja

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

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

ja

**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

nein

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

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

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

d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig

**12.3 Risiken Ernährung (M/Info)**

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

**12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)**

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

**Kapitel 13 Ausscheidung****13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)**

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> 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 (M/Info)**

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

**15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)**

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

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

ja

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

ja

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

ja

**Kapitel 16 Abrechnungsprüfung****16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI****16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)**

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

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

Zeitraum 1		von: 01.11.2023	bis: 30.11.2023
------------	--	-----------------	-----------------

**16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
8x Große Körperpflege	

**16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> Keine
8x Große Körperpflege	

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

ja

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

ja

**16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)**

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

**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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



## P6

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

## 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	13:31
Nummer Erhebungsbogen	6

## 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P6
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	IKK classic
c. Geburtsdatum	**.**.1935
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.04.2019
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	nicht toxische mehrknotige Struma, Gang und Mobilitätsstörungen, Hirninfarkt , Encephalocoele, COPD mit akuter Exazerbation, Gonarthrose, essentiell Hypertonie,
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

### 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	2		
4	Hilfe bei der Ausscheidung -	1	7		

### 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

### 8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Dagmar Vonier
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	verantwortliche Pflegefachkraft Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Ehepartner

## Kapitel 9 Behandlungspflege

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

ja

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input checked="" type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input checked="" type="checkbox"/>

## Kapitel 11 Mobilität

### 11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

### 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	Schultergelenk links Handgelenk links Fingergelenke links
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Kniegelenk
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Auch mit personeller Hilfe nicht möglich
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	Freies Sitzen nicht möglich.
f. Stehen	Stehen auch mit Hilfen nicht möglich.

g. Gehen	Gehen auch mit Hilfen nicht möglich.
----------	--------------------------------------

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

ja

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

ja

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

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

ja

**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

ja

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

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

ja

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

ja

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

### 12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

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

### 12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

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

### 12.5 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert? (M/T6/B)

ja

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

ja

## Kapitel 13 Ausscheidung

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

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

### 13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

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

ja

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

ja

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

ja

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

### 15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

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

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

ja

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

ja

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

ja

**15.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? (M/B)**

ja

**Kapitel 16 Abrechnungsprüfung****16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI****16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)**

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

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

Zeitraum 1	von: 01.09.2023	bis: 30.09.2023
------------	-----------------	-----------------

**16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
9 x Große Körperpflege 21 x Hilfe bei Ausscheidung	

**16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> Keine
8 x Große Körperpflege 31 x Hilfe bei Ausscheidung	

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

ja

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

ja



**16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)**

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

**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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

P7

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

### 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	12:17
Nummer Erhebungsbogen	7

### 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P7
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	SBK Siemens-BKK
c. Geburtsdatum	**.*.*.1940
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	22.06.2018
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Polyneuropathie, Diabetes mellitus Typ 2, Vorhofflimmern, Senilität, Leberkazinom, Prostatahyperplasie, Sturzneigung, atherosklerotische Herzkrankheit, Lymphödeme der oberen und unteren Extremitäten, Spinalkanalstenose,
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

### 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	2		

### 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

#### 18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	i. m.	1		1	01.06.2023	01.06.2024
genehmigt	i. m.	1		1	01.06.2023	01.06.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		01.07.2023	31.12.2023
genehmigt	richten	1	1		01.07.2023	31.12.2023

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.04.2023	31.03.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.04.2023	31.03.2024

**8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)**

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

**8.4 Anwesende Personen (M/Info)**

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Dagmar Vonier
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	verantwortliche Pflegefachkraft Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Ehepartner

**Kapitel 9 Behandlungspflege****9.19 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? (M/T23/B)**

ja

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

nein

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input checked="" type="checkbox"/>

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

ja

**Kapitel 11 Mobilität**

**11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)**

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

**11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)**

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

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

ja

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

ja

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

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

ja

**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

nein

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

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

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

**12.3 Risiken Ernährung (M/Info)**

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

**12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)**

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

**Kapitel 13 Ausscheidung****13.1 Die Person ist versorgt mit: (M/Info)**

a. <input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b. <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter	
c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten (Offen)	
<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten (Geschlossen)	
d. <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmittel	Urinflasche
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem	

**13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)**

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> 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 (M/Info)

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

### 15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

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

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

ja

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

ja

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

ja



## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

#### 16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

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

Zeitraum 1	von: 01.10.2023	bis: 30.11.2023
------------	-----------------	-----------------

#### 16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

#### 16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> Keine
6 x Große Körperpflege 20 x Kleine Körperpflege	

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

ja

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

ja

#### 16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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

**16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V****16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?****18 Injektionen**

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	i. m.	1		1	01.06.2023	01.06.2024
genehmigt	i. m.	1		1	01.06.2023	01.06.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		01.07.2023	31.12.2023
genehmigt	richten	1	1		01.07.2023	31.12.2023

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.04.2023	31.03.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.04.2023	31.03.2024

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

Zeitraum 1		von: 01.11.2023	bis: 30.11.2023
------------	--	-----------------	-----------------

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

ja

**16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (M/B)**

ja

P8

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

### 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	12:00
Nummer Erhebungsbogen	8

### 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P8
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	IKK classic
c. Geburtsdatum	**.**.1944
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	26.09.2014
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Amputation Vorfuß links
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

### 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	2		
16	Waschen, Bügeln, Reinigen -	2	1		

### 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

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

### 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

### 8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Dagmar Vonier
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	verantwortliche Pflegefachkraft Altenpflegerin

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

## Kapitel 9 Behandlungspflege

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

ja

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

nein

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input checked="" type="checkbox"/>

## Kapitel 11 Mobilität

### 11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

### 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Sprunggelenk links
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	

e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	
g. Gehen	Selbstständiges Gehen mit Hilfsmittel

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

ja

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

ja

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

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

ja

**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

ja

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

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

ja

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

### 12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

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

### 12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

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

### 12.5 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert? (M/T6/B)

ja



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

ja

## Kapitel 13 Ausscheidung

### 13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

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

ja

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

### 15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

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

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

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

ja

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

ja

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

ja

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

#### 16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)

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

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

Zeitraum 1		von: 01.11.2023	bis: 30.11.2023
------------	--	-----------------	-----------------

#### 16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

#### 16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

8 x Große Körperpflege

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

ja

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

ja

**16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)**

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

**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

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

Zeitraum 1	von: 01.11.2023	bis: 30.11.2023
------------	-----------------	-----------------

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

20 x Waschen / Bügeln / Reinigen

31 x Einkauf

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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

24 x Waschen / Bügeln / Reinigen

16 x Einkauf

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

ja

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

ja

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

**16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?**

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

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

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

Zeitraum 1		von: 01.10.2023	bis: 30.11.2023
------------	--	-----------------	-----------------

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

ja

**16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (M/B)**

ja

P9

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben

### 8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	240104VA18102100-000005113
Datum	04.01.2024
Uhrzeit	12:09
Nummer Erhebungsbogen	9

### 8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P9
b. <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input checked="" type="checkbox"/> Pflegekasse	BARMER
c. Geburtsdatum	**.*.*.1952
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	23.03.2020
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Tremor nicht näher bezeichnet, Imobilitätssyndrom, umschriebenes Ödem bipolare affektive Störung, rezidivierende depressive Störung,
f. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

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

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	2		

## 8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		25.01.2023	24.01.2024
genehmigt	richten	1	1		25.01.2023	24.01.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		25.01.2023	24.01.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		25.01.2023	24.01.2024

## 8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

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

**8.4 Anwesende Personen (M/Info)**

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Dagmar Vonier
b. Funktion / Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	verantwortliche Pflegefachkraft Altenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	

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

ja

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

ja

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen:	<input checked="" type="checkbox"/>
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen:	<input checked="" type="checkbox"/>

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

ja

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

ja

## Kapitel 11 Mobilität

### 11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

### 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Hüftgelenk links/rechts
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	
g. Gehen	

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

ja

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

ja

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

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

ja



**11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)**

nein

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung****12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung (M/Info)**

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

**12.3 Risiken Ernährung (M/Info)**

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

**12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)**

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

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

## Kapitel 13 Ausscheidung

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

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

### 13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> 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 (M/Info)

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

### 15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

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

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

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

ja

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

ja

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

ja

**Kapitel 16 Abrechnungsprüfung**

**16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI**

**16.1.1 Pflegevertrag (M/Info)**

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

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

Zeitraum 1	von: 01.10.2023	bis: 31.10.2023
------------	-----------------	-----------------

**16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

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

**16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)**

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input type="checkbox"/> Keine
8 x Große Körperpflege 5 x Hilfe bei Ausscheidung	

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

ja

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

ja

**16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)**

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

**16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)**

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

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

Zeitraum 1	von: 01.10.2023	bis: 31.10.2023
------------	-----------------	-----------------

**16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)**

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

7 x Organisation des Alltags

6 x Essen auf Rädern

**16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)**

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

7 x Organisation des Alltags

6 x Essen auf Rädern

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

ja

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

ja

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

**16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?**

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	1		25.01.2023	24.01.2024
genehmigt	richten	1	1		25.01.2023	24.01.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		25.01.2023	24.01.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		25.01.2023	24.01.2024

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

Zeitraum 1		von: 01.10.2023	bis: 31.10.2023
------------	--	-----------------	-----------------

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

ja

**16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (M/B)**

ja

## Kapitel 18 Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der versorgten Personen

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

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