Prüfbericht

Medizinischer Dienst Baden-Württemberg

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

Sozialstation Carl-Joseph Leutkirch gGmbH	Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Untere Grabenstraße 36	Berliner Straße 23
88299 Leutkirch	78048 Villingen-Schwenningen

Prüfung am:	Gutachter:
07.11.2023	Hochholzer, Thorsten
	Vonier, Dagmar
Gutachtendatum	
17.11.2023	
Gutachten-Nr.:	230703-18-000002609
Auftrags-Nr.:	231107VA18102100-000002609

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 Medizinproduktebetreiberverordnung (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	231107VA18102100-000002609

1.2 Daten zum Pflegedienst (M/Info)

a.	Name	Sozialstation Carl-Joseph Leutkirch gGmbH
b.	Straße und Hausnummer	Untere Grabenstraße 36
c.	PLZ / Ort	88299 Leutkirch
d.	Institutionskennzeichen (IK)	1 . 460841699
e.	Telefon	+49 75614405
f.	Fax	+49 7561912991
g.	E-Mail	info@sozialstation-carl-joseph.de
h.	Internetadresse	www.vinzenz-von-paul.de
i.	Träger / Inhaber	Vinzenz von Paul gGmbH soziale Dienst & Einrichtungen, Antonstrasse 7, 72488 Sigmaringen
j.	Trägerart	☐ privat ☑ freigemeinnützig ☐ öffentlich ☐ nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband	Caritasverband der Erzdiözese Freiburg
l.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	10.07.2000
m.	Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	01.01.2006
n.	Verantw. PFK Name	Weber Hans-Peter
o.	Stellv. verantw. PFK Name	Scheerer Katharina, Kämmerle Anna
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen	keine Angabe
q.	Zertifizierung	☐ liegt vor ☑ liegt nicht vor
r.	Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	☐ ja ☑ nein
s.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Weber Hans-Peter
t.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	hans-peter.weber@vinzenz-sd.de
u.	Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	+49 75614405

v.	Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	+49 7561912991
w.	Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	☐ ja ☑ nein

1.3 Daten zur Prüfung (M/Info)

a.	Auftraggeber / zuständiger Landesverband der Pflegekassen	☐ AOK ☐ BKK ☑ IKK	☐ KNAPPSCHAFT ☐ LKK ☐ vdek
b.	Prüfung durch	☑ Medizinischer Dienst	☐ PKV-Prüfdienst
c.	Datum	von 07.11.2023	bis 07.11.2023
d.	Uhrzeit		
	1. Tag	von 08:20	bis 15:10
e.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Pflegedienstes	1 . Weber, Hans-Peter 2 . Scheerer, Katharina 3 . Kämmerle, Anna	
f.	Prüfende Gutachterin oder prüfender Gutachter	1 . Hochholzer, Thorsten 2 . Vonier, Dagmar	
g.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	☐ Pflegekasse		
	☐ Sozialhilfeträger		
	☐ Gesundheitsamt		
	☐ Trägerverband		
	☐ Sonstige: Welche?		

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

a.	☑ Regelprüfung	
b.	☐ Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) ☐ Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) ☐ Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c.	☐ Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung ☐ Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung	
d.	☐ Nächtliche Prüfung	
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	23.08.2022
f.	Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen	☑ keine Angaben

1.5 Versorgungssituation (M/Info)

	Gesamt	**davon:**			
		ausschließlich SGB XI	**ausschließlich SGB V**	**SGB XI und SGB V**	**Sonstige**
versorgte Personen	184	37	50	52	45
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	1
d.	Blasenkatheter	5
e.	PEG-Sonden	1
f.	Fixierung	0
g.	Kontraktur	4
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	4

1.8 Pflegefachlicher Schwerpunkt (M/Info)

Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?	☐ ja ☑ nein

1.10 Leistungen durch andere Anbieter (M/Info)

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	☐ ja ☑ nein

2. Zusammenfassende Beurteilung

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Es konnten nicht alle versorgten Personen zur Zufriedenheit befragt werden.

Bei 0 von 8 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 ver-sorgten Pers.**	**Nummer der ver-sorgten Pers.**
9.16	M/ T19/B	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	3 / 8	0	
9.23	M/B	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	3 / 8	0	
9.32	M/ T24/B	Sind Kompressionsstrümpfe / -verbände sachgerecht angelegt?	3 / 8	0	

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 ver-sorgten Pers.**	**Nummer der ver-sorgten Pers.**
11.3	M/ T14/B	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	8 / 8	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?	6 / 8	0	
11.7	M/B	Werden versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	2 / 8	0	
11.8	M/ T12/B	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	2 / 8	0	
12.5	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 / 8	0	
12.6	M/T5/ B	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	2 / 8	0	
12.7	M/T4/ B	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	2 / 8	0	
12.8	M/T9/ B	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	1 / 8	0	
12.9	M/T8/ B	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	1 / 8	0	

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 ver-sorgten Pers.**	**Nummer der ver-sorgten Pers.**
12.10	M/T7/B	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	1 / 8	0	
12.11	M/T3/B	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	2 / 8	0	
13.3	M/B	Werden versorgte Personen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	3 / 8	0	
13.4	M/T10/B	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	1 / 8	0	
13.5	M/T11/B	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen / Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	1 / 8	0	
14.1	M/B	Werden versorgte Personen / Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	1 / 8	0	
14.2	M/T15/B	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	1 / 8	0	
14.3	M/T16/B	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	1 / 8	0	
15.3	M/T1/B	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	8 / 8	0	
15.4	M/T2/B	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	8 / 8	0	
15.5	M/T17/B	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	2 / 8	0	

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 ver-sorgten Pers.**	**Nummer der ver-sorgten Pers.**
15.6	M/B	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	8 / 8	0	
16.1.5	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	8 / 8	0	
16.1.6	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	8 / 8	0	
16.1.15	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	2 / 8	0	
16.1.16	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	2 / 8	0	
16.2.3	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	5 / 8	0	
16.2.4	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?	5 / 8	0	

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Maßnahmen zur Struktur- und Prozessqualität

Frage	Maßnahmen	Frist *1
3.1	**Feststellung:** Eine verbindliche Regelung der Verantwortungsbereiche und Aufgaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft ist nicht erstellt. **Maßnahme:** Die Verantwortungsbereiche und die Aufgaben für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der hauswirtschaftlichen Versorgung sind verbindlich zu regeln.	2

*1 *Frist: 0 = nicht angegeben; 1 = unverzüglicher Handlungsbedarf; 2 = dringender Handlungsbedarf*

Maßnahmen zur Prozess- und Ergebnisqualität: Keine

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

Verantwortlich für das Gutachten:

17.11.2023, Hochholzer, Thorsten

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 Anforderung wurde mit 1 von 2 Kriterien erfüllt. Nicht erfüllt sind die Kriterien:

> Ist der Verantwortungsbereich / sind die Aufgaben für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?

Eine verbindliche Regelung der Verantwortungsbereiche und Aufgaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft ist nicht erstellt.

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	39,0

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

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt? (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		Gesamt-stellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellen-umfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellen-umfang (Std./Woche)	
Pflege						
verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt-stellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellen-umfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellen-umfang (Std./Woche)	
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft		1,0	29,25			1,0
		1,0	9,75			
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	2,0	2,0	29,25			7,05
		1,0	11,7			
		1,0	19,5			
		1,0	7,8			
		2,0	15,6			
		1,0	31,2			
		1,0	23,4			
		1,0	13,65			
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	1,0	1,0	19,5			2,5
		1,0	23,4			
		1,0	15,6			
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		1,0	29,25			0,75
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer	1,0	2,0	19,5			2,35
		1,0	13,65			
Medizinische Fachangestellte oder Medizinischer Fachangestellter	1,0	1,0	27,3			1,7
angelernte Kräfte	5,0	3,0	27,3			9,5
		1,0	15,6			
		4,0	19,5			
Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		1,0	19,5			1,45

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt-stellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellen-umfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellen-umfang (Std./Woche)	
		1,0	23,4			
		1,0	13,65			

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.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Ausgewählt wurden die Expertenstandards: Dekubitusprophylaxe 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	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	12:39
Nummer Erhebungsbogen	1

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P1
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	DAK-Gesundheit
c. Geburtsdatum	**.**.1926
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	14.07.2016
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Sehstörung, venöse Insuffizienz Herzinsuffizienz, COPD, Arthrose
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☑ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☐ ja ☑ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☑ ja ☐ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☑ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

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

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	1	7		01.08.2023	31.07.2024
genehmigt	verabreichen	1	7		01.08.2023	31.07.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.08.2023	31.07.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.08.2023	31.07.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☑ ja ☐ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☑ ja ☐ 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	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Gesundheits-und Krankenpflegerin
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:	☐
chronische Schmerzen:	☑
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

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

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☑ liegend ☐ sitzend ☐ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	Fingergelenk links/rechts
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Kniegelenk links/rechts
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	
g. Gehen	Selbstständiges Gehen kurze Strecken 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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

nein

von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

a. Gewicht	
b. Aktuelle Größe (cm)	
c. Aktueller BMI (kg/m²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
Datum			
kg			
	k.a. ☑	t.n.z. ☑	t.n.z. ☑

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

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

a. ☐ suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b. ☐ transurethralem Katheter	
c. ☑ Inkontinenzprodukten (Offen)	
☐ Inkontinenzprodukten (Geschlossen)	
d. ☐ Hilfsmittel	
e. ☐ Sonstigem	

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	☑ ja ☐ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

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

ja

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

ja

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

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a. ☑ normal	
b. ☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a. ☑ normal	
b. ☐ Schleimhaut trocken	
c. ☐ borkige Beläge	
d. ☐ Schleimhautdefekte	
e. ☐ Lippen trocken	
f. ☐ Lippen Hautdefekte	
g. ☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	
h. ☐ 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?	☑ ja ☐ nein
Feststellung / Bemerkung	

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

Zeitraum 1		von: 04.09.2023	bis: 11.09.2023

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine
29 x Kleine Körperpflege 31 x Hilfe bei Ausscheidung	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☐ Keine
30 x Kleine Körperpflege 30 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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☑ Keine

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☑ 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	1	7		01.08.2023	31.07.2024
genehmigt	verabreichen	1	7		01.08.2023	31.07.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.08.2023	31.07.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.08.2023	31.07.2024

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

Zeitraum 1		von: 04.09.2023	bis: 11.09.2023

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	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	13:17
Nummer Erhebungsbogen	2

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P2
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	BARMER
c. Geburtsdatum	**.**.1933
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	21.08.2013
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Apoplex mit Hemiparese
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☑ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☐ ja ☑ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☑ ja ☐ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☑ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	7		
9	Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme -	1	7		

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7		19.07.2023	31.01.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7		19.07.2023	31.01.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☑ ja ☐ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☑ ja ☐ 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	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Tochter ,Ehemann

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

ja

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	☐
chronische Schmerzen:	☑
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☐ liegend ☐ sitzend ☑ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein

a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	Händedruck links und rechts reduziert . Schürzengriff beidseitig nicht endgradig durchführbar
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Kniegelenk links/rechts
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	
g. Gehen	Selbstständiges Gehen mit Hifsmittel

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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

nein

von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

a. Gewicht	
b. Aktuelle Größe (cm)	
c. Aktueller BMI (kg/m²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

	aktuell	**vor ca. 3 Mon.**	**vor ca. 6 Mon.**
Datum			
kg			
	k.a. ☑	t.n.z. ☑	t.n.z. ☑

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☑ ja ☐ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ 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

12.6 Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (M/T5/B)

ja

12.7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T4/B)

ja

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

ja

Kapitel 13 Ausscheidung

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a. ☑ normal	
b. ☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a. ☑ normal	
b. ☐ Schleimhaut trocken	
c. ☐ borkige Beläge	
d. ☐ Schleimhautdefekte	
e. ☐ Lippen trocken	

f. ☐ Lippen Hautdefekte	
g. ☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	
h. ☐ 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?	☑ ja ☐ nein
Feststellung / Bemerkung	

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

Zeitraum 1		von: 13.09.2023	bis: 22.09.2023

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine
30 x Große Körperpflege 30 x Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☐ Keine
30 x Große Körperpflege 30 x Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	

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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☑ Keine

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7		19.07.2023	31.01.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7		19.07.2023	31.01.2024

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

Zeitraum 1		von: 13.09.2023	bis: 22.09.2023

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	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	13:51
Nummer Erhebungsbogen	3

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P3
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	SVLFG
c. Geburtsdatum	**.**.1926
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.04.2023
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Sturzneigung, chronische Nierenerkrankung, Gonarthrose, Hypertonie
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☑ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☐ ja ☑ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☑ ja ☐ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☑ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	7		

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		01.01.2023	31.12.2023
genehmigt	richten	1	1		01.01.2023	31.12.2023

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☐ ja ☑ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☐ ja ☑ 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	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1

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

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

nein

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	☐
chronische Schmerzen:	☐
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☐ liegend ☑ sitzend ☐ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Kniegelenk 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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja

von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

11.7 Werden versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres 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	
b. Aktuelle Größe (cm)	
c. Aktueller BMI (kg/m²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

	aktuell	**vor ca. 3 Mon.**	**vor ca. 6 Mon.**
Datum			
kg			
	k.a. ☑	t.n.z. ☑	t.n.z. ☑

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

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

a. ☐ suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	

b.	☑ transurethralem Katheter	Zustand Katheter: unauffällig Urin: unauffällig
c.	☐ Inkontinenzprodukten (Offen)	
	☐ Inkontinenzprodukten (Geschlossen)	
d.	☐ Hilfsmittel	
e.	☐ Sonstigem	

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	☑ ja ☐ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

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

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a.	☑ normal	
b.	☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a.	☑ normal	
b.	☐ Schleimhaut trocken	
c.	☐ borkige Beläge	
d.	☐ Schleimhautdefekte	

e.	☐ Lippen trocken	
f.	☐ Lippen Hautdefekte	
g.	☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	
h.	☐ 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?	☑ ja ☐ nein
Feststellung / Bemerkung	

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

Zeitraum 1		von: 04.08.2023	bis: 12.08.2023

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine
31 x Große Körperpflege 30 x Kleine Körperpflege 1 x Transfer An/ Auskleiden	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☐ Keine
30 x Große Körperpflege 30x Kleien 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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☑ Keine

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☑ 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		01.01.2023	31.12.2023
genehmigt	richten	1	1		01.01.2023	31.12.2023

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

Zeitraum 1		von: 01.08.2023	bis: 30.09.2023

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	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	14:24
Nummer Erhebungsbogen	4

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P4
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	SVLFG
c. Geburtsdatum	**.**.1942
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.09.2021
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	arterielle Hypertonie, Demenz, Depression, Pankreasinsuffizienz
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☑ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☑ ja ☐ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☐ ja ☑ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☑ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	7		

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☐ ja ☑ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☐ ja ☑ 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	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzliche Betreuer)	Ehepartner,Schwiegertochter

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

nein

Art der Schmerzen:	
akute Schmerzen:	☐
chronische Schmerzen:	☐
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☐ liegend ☑ sitzend ☐ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Mit einer Handreichungen
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	muss zu Lageveränderungen aufgefordert werden
f. Stehen	
g. Gehen	Gehen mit Hilfsmitte und personeller Begleitung

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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

ja

von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

11.7 Werden versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres 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. ☑	t.n.z. ☑	t.n.z. ☑
b. Aktuelle Größe (cm)				
c. Aktueller BMI (kg/m²)				

d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 13 Ausscheidung

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

a. ☐ suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b. ☐ transurethralem Katheter	
c. ☑ Inkontinenzprodukten (Offen)	
☐ Inkontinenzprodukten (Geschlossen)	
d. ☐ Hilfsmittel	
e. ☐ Sonstigem	

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	☑ ja ☐ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

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

ja

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

ja

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

ja

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

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a. ☑ normal	
b. ☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a. ☑ normal	
b. ☐ Schleimhaut trocken	

c. ☐ borkige Beläge	
d. ☐ Schleimhautdefekte	
e. ☐ Lippen trocken	
f. ☐ Lippen Hautdefekte	
g. ☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	
h. ☐ 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?	☑ ja ☐ nein
Feststellung / Bemerkung	

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

Zeitraum 1		von: 15.07.2023	bis: 21.07.2023

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine
17 x Große Körperpflege 12 x Kleine Körperpflege	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☐ Keine
31 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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☑ Keine

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

P5

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	11:44
Nummer Erhebungsbogen	5

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P5
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	AOK Baden-Württemberg
c. Geburtsdatum	**.**.1938
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.06.2020
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Bewegungseinschränkungen
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☑ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☐ ja ☑ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☐ ja ☑ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☐ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☑ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

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

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☑ ja ☐ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☑ ja ☐ nein

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Thorsten Hochholzer
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:	☐
chronische Schmerzen:	☐
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☐ liegend ☐ sitzend ☑ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
g. Gehen	Selbstständig 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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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. ☐	t.n.z. ☐	t.n.z. ☐

b. Aktuelle Größe (cm)	
c. Aktueller BMI (kg/m²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ 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?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a. ☑ normal	
b. ☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a. ☑ normal	
b. ☐ Schleimhaut trocken	
c. ☐ borkige Beläge	
d. ☐ Schleimhautdefekte	

e. ☐ Lippen trocken	
f. ☐ Lippen Hautdefekte	
g. ☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	
h. ☐ 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?	☑ ja ☐ 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?	☐ Keine
5 mal Große Körperpflege 4 mal Kleine Körperpflege	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☐ Keine
5 mal Große Körperpflege 4 mal 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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☑ Keine

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

P6

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	12:48
Nummer Erhebungsbogen	6

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P6
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	IKK classic
c. Geburtsdatum	**.**.1935
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	03.10.2018
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Zustand nach Apoplex, Arthrose rechtes und linkes Kniegelenk
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☑ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☐ ja ☑ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☑ ja ☐ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☑ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	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	verabreichen	2	7		01.05.2023	30.04.2024
genehmigt	verabreichen	2	7		01.05.2023	30.04.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.05.2023	30.04.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.05.2023	30.04.2024

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☑ ja ☐ nein

b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☑ ja ☐ nein

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Thorsten Hochholzer
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:	☐
chronische Schmerzen:	☑
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

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

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☐ liegend ☐ sitzend ☑ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	Kniegelenk rechts.
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
g. Gehen	Selbstständig 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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

nein

von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

a. Gewicht	
b. Aktuelle Größe (cm)	
c. Aktueller BMI (kg/m²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
Datum			
kg			
	k.a. ☐	t.n.z. ☐	t.n.z. ☐

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ 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?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a. ☑ normal	
b. ☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a. ☑ normal	
b. ☐ Schleimhaut trocken	
c. ☐ borkige Beläge	
d. ☐ Schleimhautdefekte	
e. ☐ Lippen trocken	
f. ☐ Lippen Hautdefekte	
g. ☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	

h. ☐ 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?	☑ ja ☐ nein
Feststellung / Bemerkung	

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

Zeitraum 1		von: 01.08.2023	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?	☐ Keine
8 mal Große Körperpflege	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☐ Keine
8 mal 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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☑ Keine

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☑ 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		01.05.2023	30.04.2024
genehmigt	verabreichen	2	7		01.05.2023	30.04.2024

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.05.2023	30.04.2024
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.05.2023	30.04.2024

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

Zeitraum 1		von: 01.08.2023	bis: 30.09.2023

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

P7

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten

Auftragsnummer	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	13:22
Nummer Erhebungsbogen	7

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P7
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	AOK Baden-Württemberg
c. Geburtsdatum	**.**.1942
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	08.12.2017
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Depression, Polyarthrose, Tremor
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☑ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☐ ja ☑ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☑ ja ☐ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☑ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Große Körperpflege -	1	72		
8	Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme -	2	7		
9	Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme -	1	7		
16	Waschen, Bügeln, Reinigen -	4	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	verabreichen	3	7		31.07.2022	30.07.2023
genehmigt	verabreichen	3	7		31.07.2022	30.07.2023

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☑ ja ☐ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☑ ja ☐ nein

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Thorsten Hochholzer
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:	☐
chronische Schmerzen:	☑
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☐ liegend ☐ sitzend ☑ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	Einschränkungen der Beweglichkeit (z.B. durch Verkürzung von Sehnen, Muskeln und Bändern) im: Schultergelenk links/rechts, Ellenbogengelenk links/rechts, Handgelenk links/rechts, Fingergelenk links/rechts.
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
g. Gehen	Selbstständig 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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

nein

von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

a. Gewicht	
b. Aktuelle Größe (cm)	
c. Aktueller BMI (kg/m²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
Datum			
kg			
	k.a. ☐	t.n.z. ☐	t.n.z. ☐

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☑ ja ☐ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☑ ja ☐ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ 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

12.6 Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (M/T5/B)

ja

12.7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (M/T4/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

12.9 Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (M/T8/B)

ja

12.10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (M/T7/B)

ja

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

ja

Kapitel 13 Ausscheidung

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

a. ☐ suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b. ☐ transurethralem Katheter	
c. ☑ Inkontinenzprodukten (Offen)	

☐ Inkontinenzprodukten (Geschlossen)	
d. ☐ Hilfsmittel	
e. ☐ Sonstigem	

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a. ☑ normal	
b. ☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a. ☑ normal	
b. ☐ Schleimhaut trocken	
c. ☐ borkige Beläge	
d. ☐ Schleimhautdefekte	
e. ☐ Lippen trocken	
f. ☐ Lippen Hautdefekte	
g. ☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	
h. ☐ 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?	☑ ja ☐ nein
Feststellung / Bemerkung	

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

Zeitraum 1		von: 01.07.2023	bis: 31.07.2023

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine
31 mal Große Körperpflege 61 mal Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme 31 mal Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

31 mal Große Körperpflege 61 mal Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme 31 mal Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

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

Zeitraum 1		von: 01.07.2023	bis: 31.07.2023

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine

20 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

20 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

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	verabreichen	3	7		31.07.2022	30.07.2023
genehmigt	verabreichen	3	7		31.07.2022	30.07.2023

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

Zeitraum 1		von: 01.07.2023	bis: 31.07.2023

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	231107VA18102100-000002609
Datum	07.11.2023
Uhrzeit	14:10
Nummer Erhebungsbogen	8

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a. Name	P8
b. ☐ Krankenkasse ☑ Pflegekasse	AOK Baden-Württemberg
c. Geburtsdatum	**.**.1934
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	07.09.2022
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Polyarthrose
f. Pflegegrad	☐ kein ☐ Pflegegrad 1 ☑ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	☐ ja ☑ nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	☑ ja ☐ nein
hh. Leistungen nach § 37 SGB V	☐ ja ☑ nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	☐ ja ☑ nein

j. Die Versorgung erfolgt in	☑ der eigenen Häuslichkeit ☐ einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) ☐ sonstigen Wohnformen
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. auch Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	☑ ja ☐ 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		

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

a. sinnvolles Gespräch möglich	☑ ja ☐ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	☑ ja ☐ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	☑ ja ☐ nein

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Thorsten Hochholzer
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:	☐
chronische Schmerzen:	☐
von:	
Gutachterin oder Gutachter beurteilt:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

a.	☐ liegend ☐ sitzend ☑ stehend
b.	☑ Tageskleidung ☐ Nachtwäsche

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	☑ ja ☐ nein
a. Bewegungsfähigkeit oberer Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit unterer Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	Selbstständig mit Hilfsmittel.
g. Gehen	Selbstständig 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:	☐
Pflegedienst übernommen:	☑

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	
b. Aktuelle Größe (cm)	
c. Aktueller BMI (kg/m²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten	☐ zugenommen ☐ konstant ☐ relevante Abnahme ☑ kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	☑ unauffällig

	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
Datum			
kg			
	k.a. ☐	t.n.z. ☐	t.n.z. ☐

12.3 Risiken Ernährung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

Bestehen Risiken / Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ 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?	☐ ja ☑ nein
von:	☐ Gutachterin oder Gutachter beurteilt ☑ Pflegedienst übernommen

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a. ☑ normal	
b. ☐ Besonderheiten	

15.2 Mundzustand / Zähne (M/Info)

a. ☑ normal	
b. ☐ Schleimhaut trocken	
c. ☐ borkige Beläge	
d. ☐ Schleimhautdefekte	

e. ☐ Lippen trocken	
f. ☐ Lippen Hautdefekte	
g. ☐ Gebiss- / Zahnprothese intakt	
h. ☐ 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?	☑ ja ☐ nein
Feststellung / Bemerkung	

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

Zeitraum 1		von: 01.08.2023	bis: 31.08.2023

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine
9 mal Große Körperpflege	

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	☐ Keine
9 mal 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?	☑ Keine

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

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

Zeitraum 1		von: 01.08.2023	bis: 31.08.2023

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	☐ Keine

8 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

8 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

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

Kapitel 18 Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der versorgten Personen

18.1 Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen? (M/T36/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	1 Leistungsbezieher
keine Angaben	6 Leistungsbezieher
18.2 Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen? (M/T35/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	1 Leistungsbezieher
keine Angaben	6 Leistungsbezieher
18.3 Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? (M/T37/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	6 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.4 Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? (M/T39/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	7 Leistungsbezieher
18.5 War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? (M/T40/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	5 Leistungsbezieher
keine Angaben	2 Leistungsbezieher
18.6 Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege? (M/T42/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	6 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.7 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (M/T45/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	7 Leistungsbezieher
18.8 Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (M/T41/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	

18.8 Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (M/T41/B)	
immer	6 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.9 Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (M/T38/B)	
Die Frage traf für 4 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	4 Leistungsbezieher
t.n.z.	3 Leistungsbezieher
18.10 Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre? (M/T44/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	6 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.11 Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden? (M/T46/B)	
Die Frage traf für 2 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	2 Leistungsbezieher
t.n.z.	5 Leistungsbezieher
18.12 Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? (M/T43/B)	
Die Frage traf für 0 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
18.13 Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden? (M/B)	
Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
18.14 Haben Sie Anregungen / Beschwerden / Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen? (M/Info)	
Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	