



MDK Baden-Württemberg, Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schw.

AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna

-

-

Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Baden-Württemberg

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
Baden-Württemberg -
Hauptverwaltung
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schw.

Tel: 07821 938-0

Fax: 07821 938-1200

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 170823VA18102100-000155949

Kath. Sozialstation Iller-Weihung

Dorndorfer Str. 1

89186 Illerrieden

Datum der Prüfung: 23.08.2017

Prüfer: Georgina Pavlidou
Pflegefachkraft
Auditor

Thomas Kaleja
Pflegefachkraft
Auditor

Dagmar Barth-Schmid
Pflegefachkraft

Freigabe Prüfbericht: 28.08.2017 11:27:46 durch Georgina Pavlidou

Prüfmaßstab

Vorschriften über die Qualitätssicherung nach dem Elften Kapitel des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) mit Stand nach dem zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II), in Kraft seit dem 1. Januar 2016.

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §§ 114 SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien-QPR) vom 06. September 2016, in Kraft seit dem 1. Januar 2017

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)- 7. Dezember 2015

Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB XI

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

Um die Anonymität der in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Person zu wahren, wird im Prüfbericht nur die männliche Form verwendet.

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

1.1 Auftragsnummer:	170823VA18102100-000155949
1.2 Daten zum Pflegedienst	
a. Name	Kath. Sozialstation Iller-Weihung
b. Straße	Dorndorfer Str. 1
c. PLZ/Ort	89186 Illerrieden
d. Institutskennzeichen (IK)	1. 500840585
e. Telefon	07306 96000
f. Fax	07306 960020
g. E-Mail	info@sozialstation-iller-weihung.de
h. Internet-Adresse	www.sozialstation-iller-weihung.de
i. Träger/Inhaber	Katholische Kirchengemeinde Heilig Kreuz
j. Trägerart <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> öffentlich <input checked="" type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.
l. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	22.08.1995
m. Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	01.07.1978
n. Verantw. PFK Name	Hildruth Grabowski
o. Stellv. verantw. PFK	Thomas Motz
p. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	Dietenheim, Oberkirchberg
q. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor
r. Name des Ansprechpartners für DCS	Bruno Rueß
s. E-Mailadresse des Ansprechpartners für DCS	b.ruess@sozialstation-iller-weihung.de
t. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	07306 960011

u. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	07306960020
---	-------------

1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber	Verband AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna	
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input checked="" type="radio"/> vdek	
b. Prüfung durch	MDK	
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	23.08.2017	
	von TT.MM.JJ	bis TT.MM.JJ
d. Uhrzeit	08:45	16:45
	1. Tag	von bis
	2. Tag	von bis
3. Tag	von bis	
e. Gesprächspartner des Pflegedienstes	Hiltruth Grabowski Isolde Huppert- Voderberg Sanja Panjic Thomas Motz Bruno Rueß	
f. Prüfende(r) Gutachter	Georgina Pavlidou Thomas Kaleja Dagmar Barth-Schmid	
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen: <input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a.	<input checked="" type="radio"/> Regelprüfung
b.	<input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftige, Angehörige u.ä.)
	<input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)
	<input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
	<input type="radio"/> Wiederholungsprüfung
c.	<input type="radio"/> nach Regelprüfung
	<input type="radio"/> nach Anlassprüfung
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung

e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	18.08.2015 TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben	TT.MM.JJJJ

1.5 Versorgungssituation					
	Gesamt	davon Leistungsempfänger nach:			
		ausschließlich SGB XI	ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
versorgte Personen	309	122	92	40	55
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte	0				

Pflegegrad 2:76
 Pflegegrad 3:52
 Pflegegrad 4:24
 Pflegegrad 5:10

1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	2
d. Blasenkatheter	8
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	2
h. vollständiger Immobilität	10
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

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

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

2. Zusammenfassende Beurteilung

In der Pflegeeinrichtung wurden acht Pflegebedürftige visitiert.
Ein Pflegebedürftiger konnte nicht zur Zufriedenheit befragt werden.

Personal

Die personelle Mindestausstattung ist gewährleistet.
Die verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über die Qualifikation zur Leitung einer Pflegeeinrichtung und nimmt die Fachaufsicht wahr.
Sie ist für Leitungsaufgaben freigestellt.

Leistungserbringung SGB XI

In allen Fällen der Stichprobe sind Leistungserbringung, Leistungsdarlegung und Abrechnung transparent und nachvollziehbar.

Leistungserbringung SGB V

In allen Fällen der Stichprobe sind Leistungserbringung, Leistungsdarlegung und Abrechnung transparent und nachvollziehbar.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Datum, Georgina Pavlidou

Datum, Thomas Kaleja

Datum, Dagmar Barth-Schmid

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

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

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Kapitel 4 Ablauforganisation

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Kapitel 6 Hygiene

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

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu den Leistungsbeziehern

Kapitel 8 Behandlungspflege

Kapitel 9 Mobilität

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Kapitel 11 Ausscheidung

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

Kapitel 15 Sonstiges

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

(siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

2.1 Räumliche Ausstattung

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

voraussichtlichen entstehenden Kosten erstellt?

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:

Die Anforderung wurde erfüllt.

3.8 Zusammensetzung Personal							
Basis für Vollzeit Stunden/Woche					39,00		
Geeignete Kräfte:	Vollzeit		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz/MA	
Pflege/Hauswirtschaft							
Verantwortliche Pflegefachkraft	39,00	1					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	39,00	1					1,00
Altenpfleger(in)	39,00	2	31,58 33,58 19,75 5,92 11,83 29,67 23,67 35,58	1 3 1 1 1 1 1 1	4,75	1	8,76
(Gesundheits-) und Krankenpfleger(in)	39,00	4	11,83 19,75 15,00 29,67 31,58 15,83 9,92 13,83 33,58	4 4 3 4 1 2 2 1 1	4,33 6,67 5,92	1 1 1	15,22
(Gesundheits-) und Kinderkrankenpfleger(in)			19,75 15,83 23,67	1 1 1			1,52
Altenpflegehelfer(in)	39,00	1					1,00
Familienpfleger/in	39,00	1					1,00
Hauswirtschaftler/in			31,58 11,83	1 1			1,11
angelernete Kräfte			7,98 29,67 19,75 9,92 15,83 13,83 11,83 31,58 23,67 25,67	1 2 9 1 2 1 2 1 1 1	8,00	1	10,59
Auszubildende	39,00	1					1,00
Bundesfreiwilligendienst	39,00	3					3,00

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Die Anforderung wurde erfüllt.

4.5 Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

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

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

6.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

P1**Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen**

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	12:18	Nummer Erhebungsbogen	P1

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 1
b. Pflegekasse	AOK
c. Geburtsdatum	1926
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	20.07.2016
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Osteoporose, Wirbelfraktur, Schlüsselbeinfraktur, Herzinsuffizienz, Peronäuslähmung links
f. Pflegegrad ● 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Georgina Pavlidou
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Bereichsleitung / Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Dagmar Barth-Schmid

Kapitel 8 Behandlungspflege

	ja	nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Der Pflegebedürftige klagt über Schmerzen im linken Schultergelenk. Auf ärztliche Verordnung nimmt er eigenständig Schmerzmedikamente ein. Damit ist er ausreichend schmerzgelindert.

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

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt zusammen mit einem Angehörigen. Dieser kümmert sich auch um die alltäglichen Verrichtungen.

Die Kontaktaufnahme ist uneingeschränkt möglich.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

In Begleitung geht er regelmäßig mit Rollator ausser Haus.

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

Der Pflegebedürftige hat eine Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk nach einer Schlüsselbeinfraktur 2014.

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen greifen und mit dem rechten Arm in den Nacken fassen und den Schürzengriff ausführen.

Der Pflegebedürftige kann frei sitzen, frei stehen und frei gehen. Sein Gangbild ist unsicher. Er hat eine Fußheberschwäche und trägt tagsüber eine Orthese die vom Pflegedienst morgens angelegt wird.

Der Pflegebedürftige kann Transfers und Lageveränderungen vollumfänglich ohne personelle Hilfe durchführen.

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

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

Der Pflegebedürftige ist zu dem Sturzrisiko informiert und beraten worden.
 Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert.
 Der Pflegebedürftige ist in den letzten sechs Monaten nicht gestürzt.

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig essen.
 Das Mittagessen bereitet er sich selbstständig zu.

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig trinken.

Kapitel 11 Ausscheidung

11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
--	--------------------------	---------------------------------------

selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

Der Pflegebedürftige hat kein Selbstpflegedefizit im Bereich der Harnkontinenz. Das Kontinenzprofil ist bekannt.

Er sucht selbstständig die Toilette auf.

Der Pflegebedürftige ist stuhlkontinent.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Die Lippen sind gepflegt.

Der Pflegebedürftige trägt eine Zahnprothese und führt die Mundpflege selbstständig durch.

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

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

--	--	--	--

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.05.2017 bis 31.05.2017	

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

8 mal Große Körperpflege
12 mal Kleine Körperpflege

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

8 mal Große Körperpflege
12 mal Kleine Körperpflege

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

14.1.5 körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

	ja nein tnz
14.1.6 Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
31 - Verbände	verordnet	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	5	01.11.2016	30.11.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.05.2017 bis 31.05.2017	

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

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

14.2.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
--	---

	ja	nein	tnz
14.2.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegetmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
--	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 1

P 2

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	13:58	Nummer Erhebungsbogen	P2

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a.	P 2

Name	
b. Pflegekasse	AOK Ulm
c. Geburtsdatum	1939
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	03.08.2015
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Zustand nach allgemeiner körperlichen Schwäche
f. Pflegegrad ○ 2 ○ 3 ● 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Georgina Pavlidou
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Bereichsleitung / Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Dagmar Barth-Schmid

Kapitel 8 Behandlungspflege

	ja	nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen	
a.	<input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b.	<input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt alleine in einem Einfamilienhaus.

Die Kontaktaufnahme ist uneingeschränkt möglich.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Angehörige unterstützen ihn bei den alltäglichen Verrichtungen.

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

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen greifen und in den Nacken fassen und kann mit beiden Händen den Schürzengriff ausführen.

Der Pflegebedürftige kann frei sitzen, frei stehen und frei gehen.

Sein Gangbild wirkt je nach Befindlichkeit sicher.

Der Pflegebedürftige kann Transfers und Lageveränderungen ohne personelle Hilfe durchführen.

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

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

Der Pflegebedürftige ist zu dem Sturzrisiko informiert und beraten worden.

Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert.

Der Pflegebedürftige ist in den letzten sechs Monaten nicht gestürzt.

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig essen.
Das Mittagessen kochen Angehörige.

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig trinken.

Kapitel 11 Ausscheidung

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

Der Pflegebedürftige hat kein Selbstpflegedefizit im Bereich der Harnkontinenz. Er sucht selbstständig die Toilette auf.

Der Pflegebedürftige ist stuhlkontinent.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

13.2 Mundzustand / Zähne

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

Die Lippen sind gepflegt.

Der Pflegebedürftige führt die Mundpflege selbstständig durch.

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.02.2017 bis 28.02.2017	

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

28 mal Kleine Körperpflege

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

28 mal Große Körperpflege

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

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

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
--	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 2

P3

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	14:11	Nummer Erhebungsbogen	P3

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 3
b. Pflegekasse	AOK Biberach
c. Geburtsdatum	1935
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	19.04.2016
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Beinödeme, Herzinsuffizienz, LWK Fraktur, Hüft-Totalendoprothese links
f. Pflegegrad ● 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Georgina Pavlidou

b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Bereichsleitung / Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Dagmar Barth-Schmid

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

	ja	nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Der Pflegebedürftige hat chronische Schmerzen im Bewegungsapparat. Er nimmt eigenständig Schmerzmittel nach ärztlicher Absprache ein.

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

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt alleine in einer seniorenrechtlichen Wohnanlage. Die Kontaktaufnahme ist gut möglich.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Angehörige unterstützen ihn bei den alltäglichen Verrichtungen.

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

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen greifen und in den Nacken fassen und kann mit beiden Händen den Schürzengriff ausführen.

Der Pflegebedürftige kann frei sitzen, mit Festhalten am Mobiliar stehen und mit Rollator gehen. Sein Gangbild wirkt beschwerlich. Er geht langsam und leicht vornübergebeugt. Tagsüber trägt er ein Korsett zur Stabilisierung der Lendenwirbelsäule nach einer Wirbelfraktur.

Der Pflegebedürftige kann Transfers und Lageveränderungen ohne personelle Hilfe durchführen. In Begleitung geht er regelmäßig ausser Haus und nimmt am öffentlichen Leben teil. Einmal wöchentlich besucht er eine Tagespflege.

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

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

Der Pflegebedürftige ist zu dem Sturzrisiko informiert und beraten worden.

Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert.

Der Pflegebedürftige ist in den letzten sechs Monaten nicht gestürzt.

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig essen.
Das Mittagessen kocht er selbständig.

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig trinken.

Kapitel 11 Ausscheidung

11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Der Pflegebedürftige hat kein Selbstpflegedefizit im Bereich der selbständigen Versorgung einer bestehenden Harninkontinenz.

Der Pflegebedürftige trägt Inkontinenzvorlagen und wechselt diese selbstständig (dies entspricht einer unabhängig kompensierten Inkontinenz).

Der Pflegebedürftige ist stuhlkontinent.

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

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Die Lippen sind gepflegt.

Der Pflegebedürftige führt die Mundpflege selbstständig durch.

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.05.2017 bis 31.05.2017	

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

8 mal Große Körperpflege

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

8 mal Große Körperpflege

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

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

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

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.05.2017 bis 31.05.2017	

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

36 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

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

36 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1		Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ		
			x tgl.	x wtl.	vom	bis	
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	verordnet	- richten	1	1	01.12.2016	30.11.2017	
31 - Verbände	verordnet	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7	01.12.2016	30.11.2017	

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.05.2017 bis 31.05.2017	

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

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

14.2.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
--	---

	ja	nein	tnz
14.2.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
--	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 3

P4

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	14:31	Nummer Erhebungsbogen	P4

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 4
b. Pflegekasse	AOK Ulm
c. Geburtsdatum	1930
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	04.06.2012
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Restharn, Morbus Parkinson, Arthrose,
f. Pflegegrad ○ 2 ● 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Georgina Pavlidou
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	verantwortliche Pflegefachkraft / Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M3
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

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

	ja nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

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

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt allein in einem Einfamilienhaus.

Die Kontaktaufnahme ist uneingeschränkt möglich.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Er geht in Begleitung mit Rollator regelmäßig ausser Haus

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

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen greifen und in den Nacken fassen und kann mit beiden Händen den Schürzengriff ausführen.

Der Pflegebedürftige kann frei sitzen, frei stehen und frei gehen. Ausser Haus benutzt er zur Sicherheit einen Rollator.

Der Pflegebedürftige kann Transfers und Lageveränderungen ohne personelle Hilfe durchführen.

Altersentsprechend sind die Gelenke der oberen und unteren Extremitäten frei beweglich.

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

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

Der Pflegebedürftige ist zu Sturzrisiko informiert und beraten worden.

Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert.

Der Pflegebedürftige ist zuletzt vor drei Tagen in der Häuslichkeit gefallen. Er konnte sich selbst wieder aufhelfen. Er zog sich keine sichtbaren Verletzungen zu.

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig essen.

Das Mittagessen kocht die Haushaltshilfe und die Nachbarschaftshilfe im Wechsel.

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig trinken.

Kapitel 11 Ausscheidung

11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)

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

Der Pflegebedürftige hat ein Selbstpfledefizit im Bereich der selbständigen Versorgung einer bestehenden Harninkontinenz.

Er trägt einen suprapubischen Blasenverweilkatheter. Der Einrichtung ist die medizinische Indikation hierfür bekannt.

Der Pflegebedürftige benötigt Hilfe beim Leeren des Auffangbeutels (dies entspricht einer abhängig kompensierten Inkontinenz). Das Leeren übernimmt der Pflegedienst als Serviceleistung.

Der Pflegebedürftige ist stuhlkontinent.

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

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Die Lippen sind gepflegt.

Der Pflegebedürftige trägt eine Zahnprothese und führt die Mundpflege selbstständig durch.

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Gepürfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.04.2017 bis 30.04.2017	

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

4 mal Große Körperpflege
14 mal Kleine Körperpflege

14.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind	
--	--

für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

4 mal Große Körperpflege
14 mal Kleine Körperpflege

	ja nein tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten 14.1.5 körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen 14.1.6 Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 14.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ		
			x tgl.	x wtl.	vom	bis	
31 - Verbände	verordnet	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	5	01.12.2016	30.11.2017	
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	verordnet	- verabreichen	1	5	01.12.2016	30.11.2017	

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.04.2017 bis 30.04.2017	

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

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

14.2.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
--	---

	ja	nein	tnz
14.2.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
--	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 4

P5

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	13:42	Nummer Erhebungsbogen	P5

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 5
b. Pflegekasse	AOK Ulm-Biberach
c. Geburtsdatum	1932
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	27.11.2002
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Parkinson, Harn- und Stuhlinkontinenz, Demenz
f. Pflegegrad ○ 2 ○ 3 ○ 4 ● 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	● ja ○ nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	● ja ○ nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	● ja ○ nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Thomas Kaleja
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Krankenschwester stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Krankenpfleger
c. Name des Mitarbeiters	M4 M5
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 8 Behandlungspflege

	ja	nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen
a. <input checked="" type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt in der Einliegerwohnung eines Zweifamilienhauses. Die begleitende Pflegefachkraft öffnet mit einem Schlüssel die Haustüre und führt den Gutachter zum Pflegebedürftigen. Dieser liegt in seinem Pflegebett und ist auf seine rechte Körperseite gelagert. Er sieht den Gutachter auf Ansprache an. Er antwortet teilweise auf geschlossene Fragen mit Ja. Die Angaben sind zeitverzögert und nicht immer adäquat zur gestellten Frage. Der Pflegebedürftige antwortet auf Fragen teilweise gar nicht. Ob der Pflegebedürftige zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert ist, kann am Tag der Visitation nicht abschließend beurteilt werden. Der Pflegebedürftige kann keine Wünsche und keine Bedürfnisse äußern. Die Tagesstrukturierung im Sinne eines sich wiederholenden Tagesablaufes wird von der Pflegeperson unterstützt.

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

Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen in allen großen und kleinen Körpergelenken. Er führt ausschließlich mit seinen Armen, die er minimal anheben kann, sowie mit seinem Kopf kleine Bewegungen aus. Der Pflegebedürftige wird in der Regel einmal täglich von seinen Angehörigen mit einem Personenhebelifter auf einen Toilettenstuhl gesetzt. Der Pflegebedürftige kann seine Körperspannung im Sitzen eingeschränkt halten. Er kann nicht aufstehen, nicht stehen und nicht gehen. Der Pflegebedürftige benötigt personelle Unterstützung bei allen Lageveränderungen.

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

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

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

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

Der Bevollmächtigte ist zum Dekubitusrisiko informiert und beraten worden. Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert. Lagerungshilfsmittel werden eingesetzt, dabei werden die individuellen Möglichkeiten und Vorlieben weitgehend berücksichtigt. Der Pflegebedürftige hat eine Wechseldruckmatratze in seinem Bett. Die Sitzfläche des Toilettenstuhls ist weich gepolstert. Er trägt im Bett einen Heelift Fersenschutz am rechten Fuß. Die Lagerungen werden von den Angehörigen durchgeführt.

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Der Pflegebedürftige kann kein Hunger- und Durstgefühl äußern. Er benötigt personelle Unterstützung beim Essen. Die Mahlzeiten werden von den Angehörigen mundgerecht zubereitet und komplett angereicht.

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

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

Der Pflegebedürftige kann kein Hunger- und Durstgefühl äußern. Die Getränke werden von den Angehörigen komplett angereicht.

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

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

Kapitel 11 Ausscheidung

11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Der Pflegebedürftige ist harninkontinent. Er verspürt keinen Harndrang. Der Pflegebedürftige trägt einen Inkontinenzslip. Er hat ausgeprägte Kontrakturen. Die Anlage eines offenen Systems ist beim Pflegebedürftigen nicht adäquat möglich. Die Pflegekräfte und die Angehörigen wechseln die Inkontinenzslips des Pflegebedürftigen bei Bedarf (abhängig kompensierte Inkontinenz).

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

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

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

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

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Die Lippen sind gepflegt. Der Zustand des Mundraumes und der Zähne ist nicht beurteilbar, weil der Pflegebedürftige den Mundraum im Verlauf der Visitation nicht öffnet. Der Pflegebedürftige ist nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft zahnlos. Er hat Zahnprothesen, die nicht mehr eingesetzt werden. Der Pflegebedürftige toleriert seine Zahnprothesen nach Angabe nicht mehr. Die Mundpflege wird von den Angehörigen und den Pflegekräften nach seinen Bedürfnissen übernommen.

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.06.2017 bis 30.06.2017	

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

12 mal Große Körperpflege

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

12 mal Große Körperpflege

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten 14.1.5 körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen 14.1.6 Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 14.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
--	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 5

Der Pflegebedürftige kann nicht zur Zufriedenheit befragt werden.

P6

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	14:29	Nummer Erhebungsbogen	P6

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 6
b. Pflegekasse	AOK Ulm-Biberach
c. Geburtsdatum	1935
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	21.09.2012
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Apoplex 08/2009, Schluck- und Sprachstörung, Bewegungseinschränkung, AP-Anlage 06/2017
f. Pflegegrad ● 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Thomas Kaleja
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Krankenpfleger
c. Name des Mitarbeiters	M5
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Angehöriger

Kapitel 8 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz

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

	ja	nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Der Pflegebedürftige hat chronische Schmerzen in seinem rechten Hüftgelenk. Er führt aus, dass er nach einer Luxation vor längerer Zeit Schmerzen in seiner rechten Schulter hat. Er hat keine fest verordneten Schmerzmedikamente. Er kann, wenn er Schmerzen hat, nach ärztlicher Verordnung ein Schmerzmittel einnehmen. Dieses nimmt er bei Bedarf eigenverantwortlich ein.

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

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt gemeinsam mit seinem Sohn in einem Einfamilienhaus. Seine Schwester und sein Schwager wohnen in der direkten Nachbarschaft. Der Schwager des Pflegebedürftigen begrüßt die begleitende Pflegefachkraft und den Gutachter vor der Haustüre und führt diese zum Pflegebedürftigen. In der Wohnung des Pflegebedürftigen sind mehrere Teppiche auf den Fußböden. Der Pflegebedürftige sitzt auf einem Sessel in seinem Esszimmer. Er begrüßt den Gutachter mit Handschlag und stimmt der Visitation zu. Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Er kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

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

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen. Er kann seinen rechten Arm bis maximal auf Schulterhöhe anheben. Er kann seinen linken Arm uneingeschränkt bewegen. Der Pflegebedürftige kann keinen Nacken und keinen Schürzengriff durchführen. Er kann frei sitzen und ohne personelle Unterstützung aufstehen. Er kann mit Halten am Mobiliar oder an seinem Rollator stehen. Er kann mit seinem Rollator eigenständig gehen. Der Pflegebedürftige kann seine Transfers überwiegend eigenständig ausführen. Der Pflegebedürftige gibt an, dass er beim Transfer ins Bett, abhängig von seiner Tagesbefindlichkeit, personelle Unterstützung von seinem Sohn benötigt.

--	--

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

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

Der Pflegebedürftige ist zu dem Sturzrisiko informiert und beraten worden. Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert. Er möchte keine Hüftprotektoren tragen. Der Pflegebedürftige möchte die Teppiche, die in seiner Wohnung auf dem Boden liegen, belassen. Er trägt am Abend Schuhe ohne Fersensicherung. Der Pflegebedürftige führt aus, dass er sich mit diesen Schuhen sicher fühlt. Der Pflegebedürftige ist in den letzten sechs Monaten nicht gestürzt. Er hat eine mobile Klingel, mit der er seine Schwester oder seinen Schwager, die in der direkten Nachbarschaft wohnen, alarmieren kann, wenn er etwas benötigt.

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	10.08.2017	24.05.2017	30.01.2017
	kg	64,00	70,00	69,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	160 cm		
c.	BMI (kg/m ²)	25		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input checked="" type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute		

stehende Hautfalten

Der Pflegebedürftige war in der Zeit vom 11.06.2017 bis zum 21.07.2017 in stationärer Behandlung. Er hatte laut Angabe der begleitenden Pflegefachkraft einen Ileus. Der Pflegebedürftige hat in diesem Zeitraum eine AP-Anlage erhalten. Dies erklärt den Gewichtsverlauf des Pflegebedürftigen.

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig essen. Er bereitet sich sein Frühstück und sein Abendessen bei guter Tagesbefindlichkeit eigenständig zu. Die Mahlzeiten werden, wenn der Pflegebedürftige dies wünscht, von den Angehörigen zubereitet. Der Pflegebedürftige erhält einmal täglich am Mittag "Essen-auf-Rädern".

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig trinken. Er kann sich ohne personelle Unterstützung eine Flasche öffnen und sich ein Getränk einschenken.

Kapitel 11 Ausscheidung

11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Der Pflegebedürftige hat kein Selbstpflegedefizit im Bereich der Kontinenz. Der Pflegebedürftige ist harnkontinent. Er verspürt den Harndrang und sucht selbstständig die Toilette auf.

Der Pflegebedürftige hat ein Stoma. Der Beutel wird aktuell zweimal täglich vom Pflegedienst gewechselt. Die Stomaplatte wird dreimal wöchentlich vom Pflegedienst gewechselt. Die Haut um das Stoma ist reizlos. Die Leistung wird aktuell vom Pflegedienst nicht in Rechnung gestellt.

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

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Die Lippen sind gepflegt. Die Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen. Die Zunge ist nicht belegt. Der Pflegebedürftige trägt eine Zahnprothese. Der Pflegebedürftige führt die Mundpflege selbstständig durch.

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

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

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

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

13.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.02.2017 bis 31.03.2017	

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

9 mal Große Körperpflege

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

9 mal Große Körperpflege

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

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

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 14.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	---

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?				
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ
			x tgl.	x wtl.	vom bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	genehmigt	- richten	1	1	01.12.2016 bis 30.11.2017
31 - Verbände	genehmigt	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7	01.12.2016 bis 30.11.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.02.2017 bis 28.02.2017	

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

	ja nein tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten	

14.2.4 behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

14.2.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
---	---

	ja	nein	tnz
14.2.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
---	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 6

P7

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	15:28	Nummer Erhebungsbogen	P7

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 7
b. Pflegekasse	BKK Wieland-Werke AG KK
c.	1934

Geburtsdatum	
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	02.05.2017
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Sepsis rechter Arm März 2017
f. Pflegegrad ○ 2 ● 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Thomas Kaleja
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M4
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehepartner

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

	ja	nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Der Pflegebedürftige hat chronische Schmerzen in seiner Halswirbelsäule. Die Angehörigen richten die Wochenmedikation des Pflegebedürftigen. Er nimmt seine Medikamente eigenverantwortlich ein.

8.26 Beschreibung vorliegender Wunden

Eine ärztliche Verordnung für das Anlegen und Wechseln von Wundverbänden 1 täglich, 2 wöchentlich liegt vor.

Der Pflegebedürftige hat nach einer Meshgraft eine oberflächliche Hautschädigung am rechten Oberschenkel. Die Wunde wird aktuell dreimal wöchentlich verbunden. Zweimal wöchentlich wird der Verbandwechsel durch die Pflegefachkräfte des geprüften Pflegedienstes durchgeführt. Einmal in der Woche kommt eine Wundtherapeuten aus dem örtlichen Wund-Therapie-Zentrum. Die Wunde ist durch einen operativen Eingriff (Meshgraft) während des letzten Krankenhausaufenthaltes entstanden. Die Wunde ist 9,5 cm lang und 2,0 cm breit. Die Wunde ist oberflächlich. Sie bildet wenig Exsudat. Das Wundexsudat ist laut Dokumentation eitrig. Die Wunde wird dreimal wöchentlich verbunden. Nach einer Wundreinigung mit Octenisept wird die Wunde mit der silberhaltigen Salbenkomresse Atrauman Ag versorgt. Darüber wird eine Zetuvit-Komresse angebracht, die mit Fixomull-Stretch fixiert wird. Der Wundrand ist reizlos. Die Wundumgebung unauffällig

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen

- a. liegend sitzend stehend
- b. Tageskleidung Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt gemeinsam mit seinem Ehepartner im ersten Stock eines Zweifamilienhauses. Die Angehörigen des Pflegebedürftigen wohnen im Erdgeschoss des Gebäudes. Er öffnet der begleitenden Pflegefachkraft und dem Gutachter die Haustür mit der Sprechanlage und erwartet diese mit seinem Rollator an der Wohnungstüre. Der Pflegebedürftige begrüßt den Gutachter mit Handschlag. Er ist mit der Visitation einverstanden und führt die begleitende Pflegefachkraft und den Gutachter in die Küche, wo die Visitation fortgesetzt werden kann. Der Ehepartner des Pflegebedürftigen möchte an der Visitation teilnehmen. Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Die Angaben des Pflegebedürftigen sind teilweise verlangsamt. Er wirkt unsicher auf die Befragung des Gutachters. Die Angaben des Pflegebedürftigen sind adäquat. Der Pflegebedürftige kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

- ja nein

Der Pflegebedürftige hatte im März eine Infektion an seinem rechten Arm. Er wurde im Verlauf am rechten Arm operiert. Der Pflegebedürftige kann mit seinen Händen greifen. Die Fingergelenke der rechten Hand haben Fehlstellungen. Die Feinmotorik der Fingergelenke ist reduziert. Die rechte Hand des Pflegebedürftigen ist kraftlos. Er hat Sensibilitätsstörungen in seiner rechten Hand. Der Pflegebedürftige kann seinen rechten Arm nur eingeschränkt bewegen. Er kann seinen rechten Arm maximal auf Brusthöhe anheben. Der Pflegebedürftige kann keinen Nacken- und keinen Schürzengriff ausführen. Er kann frei sitzen und eigenständig aufstehen. Der Pflegebedürftige kann mit Festhalten stehen. Er kann mit seinem Rollator selbstständig gehen. Der Pflegebedürftige kann Transfers ohne personelle Hilfe durchführen. Er kann Lageveränderungen selbstständig durchführen.

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

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

Der Pflegebedürftige ist zu dem Sturzrisiko informiert und beraten worden. Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert. Der Pflegebedürftige ist in den letzten sechs Monaten einmalig am 28.04.2017 gestürzt. Der Pflegedienst hat die Versorgung am 02.05.2017 übernommen. Der Pflegebedürftige hat Gleichgewichts- und Balancestörungen. Er nutzt zuverlässig seinen Rollator und trägt ein Hausnotrufgerät. Der Pflegebedürftige möchte keine Hüftprotektoren tragen. Er benutzt bei Bedarf die Greifzange seines Ehepartners, wenn er etwas vom Boden aufheben möchte.

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	02.05.2017		
	kg	54,80		
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	150 cm		
c.	BMI (kg/m ²)	24,36		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig essen. Er bereitet gemeinsam mit seinem Ehepartner die Mahlzeiten eigenständig zu.

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig trinken.

Kapitel 11 Ausscheidung

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

Der Pflegebedürftige hat kein Selbstpflegedefizit im Bereich der Kontinenz. Der Pflegebedürftige ist harnkontinent. Er verspürt den Harndrang und sucht selbstständig die Toilette auf. Dies entspricht im Sinne der Kontinenzprofile dem Profil einer Kontinenz.

Der Pflegebedürftige ist Stuhlkontinent.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

--

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

Die Lippen sind gepflegt. Der Pflegebedürftige trägt Zahnprothesen für seinen Oberkiefer. Er hat eigene Zähne im Unterkiefer. Die Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen. Die Zunge ist nicht belegt. Der Pflegebedürftige führt die Mundpflege selbstständig durch.

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.05.2017 bis 31.05.2017	

--	--

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen 14.1.3 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

30 mal Große Körperpflege

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind 14.1.4 für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

30 mal Große Körperpflege

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten 14.1.5 körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen 14.1.6 Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 14.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	---

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden 14.1.13 für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---	---

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

		laut Richtlinie			TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
31 - Verbände	genehmigt	- Anlegen / Wechseln von Wundverbänden	1	7	30.04.2017	26.05.2017
31 - Verbände	genehmigt	- Anlegen / Wechseln von Wundverbänden	1	7	27.05.2017	30.09.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 02.05.2017 bis 30.06.2017	

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

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

14.2.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input checked="" type="checkbox"/> tnz
--	---

	ja	nein	tnz
14.2.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
--	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 7

P8

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			170823VA18102100-000155949		
Datum	23.08.2017	Uhrzeit	15:01	Nummer Erhebungsbogen	P8

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 8
b. Pflegekasse	AOK Ulm-Biberach
c. Geburtsdatum	1936
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	23.12.2016
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Herzinsuffizienz, Varikosis der unteren Extremitäten, degenerative Wirbelsäulenveränderung
f. Pflegegrad <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Thomas Kaleja
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Krankenpfleger
c. Name des Mitarbeiters	M5
d. sonstige Personen	keine

(z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)

Kapitel 8 Behandlungspflege

	ja	nein
8.22 Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input checked="" type="checkbox"/> akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Der Pflegebedürftige hat akute Schmerzen in seinem rechten Arm, wenn er diesen über Brusthöhe anhebt. Die Schmerzen wurden nach Angabe des Pflegebedürftigen bereits stationär abgeklärt. Der Pflegebedürftige führt weiter aus, dass keine Ursache für die Schmerzen diagnostiziert werden konnte. Die Tochter des Pflegebedürftigen richtet seine wöchentliche Medikation. Der Pflegebedürftige nimmt seine Medikamente eigenverantwortlich ein.

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

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wohnt alleine im Erdgeschoss eines Zweifamilienhauses. Der erste Stock des Gebäudes ist unbewohnt. Die begleitende Pflegefachkraft klingelt an der Haustüre. Der Pflegebedürftige öffnet die Türe und begrüßt den Gutachter mit Handschlag. Er stimmt der Visitation zu und führt die begleitende Pflegefachkraft und den Gutachter in sein Wohnzimmer, in dem die Visitation ungestört fortgesetzt werden kann. Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Er kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

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

Der Pflegebedürftige kann mit seinen Händen zielgerichtet greifen. Er kann seinen rechten Arm bis auf Brusthöhe anheben. Er führt aus, dass sein rechter Arm schmerzt, wenn er diesen über Brusthöhe anheben möchte. Der Pflegebedürftige kann seinen linken Arm uneingeschränkt bewegen. Er kann keinen Nacken- und keinen Schürzengriff ausführen. Der Pflegebedürftige kann frei sitzen und ohne personelle Unterstützung von seinem Bett oder von einem Stuhl aufstehen. Er kann frei stehen und innerhalb seiner Wohnung ohne Hilfsmittel gehen. Er nutzt außerhalb seiner Wohnung zuverlässig seinen Rollator. Der Pflegebedürftige kann Transfers ohne personelle Hilfe durchführen. Er kann Lageveränderungen im Liegen und im Sitzen selbstständig durchführen.

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

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

Der Pflegebedürftige ist zu dem Sturzrisiko informiert und beraten worden. Das Ergebnis der Beratung ist dokumentiert. Er ist nach eigener Angabe mehrfach gestürzt. Der Pflegebedürftige kann nicht benennen, ob eines der Sturzereignisse in den letzten sechs Monaten stattgefunden hat. Die Pflegefachkräfte haben versucht, einen Notruf im Haus des Pflegebedürftigen zu installieren. Dies war nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft aus technischen Gründen unmöglich.

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig essen. Er bereitet sich sein Frühstück und sein Abendessen eigenständig zu. Der Pflegebedürftige erhält einmal täglich am Mittag "Essen-auf-Rädern".

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

Der Pflegebedürftige kann selbstständig trinken. Er kann sich ohne personelle Unterstützung eine Flasche öffnen und sich ein Getränk einschenken.

Kapitel 11 Ausscheidung

11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Der Pflegebedürftige hat kein Selbstpflegedefizit im Bereich der Kontinenz. Der Pflegebedürftige ist harnkontinent. Er verspürt den Harndrang und sucht selbstständig die Toilette auf. Er möchte zur Sicherheit eine Inkontinenzhose tragen. Der Pflegebedürftige ist Stuhlkontinent.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Die Lippen sind gepflegt. Die Mundschleimhaut ist feucht und frei von Belägen. Die Zunge ist nicht belegt. Der Pflegebedürftige trägt eine Zahnteilprothese. Der Pflegebedürftige führt die Mund- und Zahnpflege selbstständig durch. Die Zahnteilprothesenpflege wird von den Pflegekräften nach seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten übernommen.

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.04.2017 bis 31.05.2017	

Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen 14.1.3 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine

8 mal Große Körperpflege
19 mal Kleine Körperpflege

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

8 mal Große Körperpflege
19 mal Kleine Körperpflege

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

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

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 14.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.04.2017 bis 31.05.2017	

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden	

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

45 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

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

45 mal Waschen, Bügeln, Reinigen

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
31 - Verbände	genehmigt	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7	13.03.2017	31.12.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: 7 Tage im Zeitraum 01.04.2017 bis 31.05.2017	

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

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

14.2.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input checked="" type="checkbox"/>	tnz
--	-------------------------------------	-----

	ja	nein	tnz
14.2.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegetmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

14.3.1 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung	
--	--

Kapitel 15 Sonstiges

P 8

Kapitel 16 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

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

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

ja 2 Bewohner
keine Angaben 5 Bewohner

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

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

ja 2 Bewohner
keine Angaben 5 Bewohner

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

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

16.6 (T39) Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

ja 7 Bewohner

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

Die Frage trifft für 5 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 5 Bewohner

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

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

ja 6 Bewohner
keine Angaben 1 Bewohner

16.9 (T45) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

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

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

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

Die Frage trifft für 0 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

16.12 (T44) Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?

Die Frage trifft für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 0 von 7 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

MDK Baden-Württemberg, Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schw.

Ahornweg 2
77933 Lahr/Schw.

www.mdkbw.de

Geschäftsführer
Erik Scherb

Vorsitzende des Verwaltungsrates
Monika Lersmacher <-> Walter Scheller

**Übersicht über die zusätzlichen Prüffragen,
die im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen
gestellt wurden**

Kath. Sozialstation Iller-Weihung

**Dorndorfer Str. 1
89186 Illerrieden**

Datum der Fragestellung: 23.08.2017

Prüfer: Georgina Pavlidou
Pflegefachkraft
Auditor

Thomas Kaleja
Pflegefachkraft
Auditor

Dagmar Barth-Schmid
Pflegefachkraft

3.7.1 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:

- c. Beschäftigungsumfang mindestens 75%

Die Anforderung wird erfüllt.

5.0 Pflegerischer Schwerpunkt:

Keiner

5.01 Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden angeboten:

- b. Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer

6.7.1 Führt die Einrichtung für alle in der Pflege tätigen 3-jährig examinierte Pflegefachkräfte bedarfsgerechte Fortbildungsveranstaltungen gemäß der Fortbildungsverpflichtung nach § 132 a Abs. 2 SGB V durch?

Die Anforderung wird erfüllt.

Die Einrichtung führt für die dreijährig examinierten Pflegefachkräfte bedarfsgerechte Fortbildungsveranstaltungen durch. Die Teilnehmerlisten und Zertifikate werden eingesehen. Die Einrichtung erfüllt die Fortbildungsverpflichtung gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V.