

Diakoniestation Neukirchen-Vluyn gGmbH
Weserstr. 18-20
47506 Neukirchen-Vluyn

Qualitätsprüfung Pflege nach §§ 114 ff. SGB XI Prüfung vom: 05.07.2023
Einrichtung: Diakoniestation Neukirchen-Vluyn gGmbH
IK-Nummer: 500514706
Auftragsnummer: 230705VA14000145-000003853

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrer Einrichtung wurde am 05.07.2023 durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Nordrhein eine Qualitätsprüfung durchgeführt. Als Anlage erhalten Sie den Prüfbericht.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter den genannten Kontaktdaten zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein

**Medizinischer Dienst
Nordrhein**

Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf

Telefon: 0211 1382-0

post@md-nordrhein.de
www.md-nordrhein.de

Vorstandsvorsitzender:
Andreas Hustadt

Kreissparkasse Düsseldorf
IBAN: DE06 3015 0200 0002 1113 18
BIC: WELADED1KSD

IK = 190 500 038

Datum:
10.07.2023

Abteilung:
Team Qualitätsprüfung
Auftragsmanagement

Kontakt:
Tel: 0211 1382-620
Fax: 0211 1382-602
pflgeversicherung@md-nordrhein.de

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

Diakoniestation Neukirchen-Vluyn gGmbH	Medizinischer Dienst Nordrhein
Weserstr. 18-20	Team Qualitätsprüfung
47506 Neukirchen-Vluyn	Berliner Allee 52
IK-Nummer: 500514706	40212 Düsseldorf
Prüfung am:	Gutachter:
05.07.2023	Mecke, Anett
	Müller, Martin
Gutachtendatum	Hoffmann, Monika
10.07.2023	
Gutachten-Nr.:	230629-14-000003853
Auftrags-Nr.:	230705VA14000145-000003853

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

1.1 Auftragsnummer (M/Info)

Auftragsnummer	230705VA14000145-000003853
----------------	----------------------------

1.2 Daten zum Pflegedienst (M/Info)

a.	Name	Diakoniestation Neukirchen-Vluyn gGmbH
b.	Straße und Hausnummer	Weserstr. 18-20
c.	PLZ/Ort	47506 Neukirchen-Vluyn
d.	Institutionskennzeichen (IK)	1 . 500514706
e.	Telefon	+49 284520004
f.	Fax	+49 28452457
g.	E-Mail	info@dst-nv.de
h.	Internet-Adresse	www.neukirchner.de
i.	Träger/Inhaber	Diakoniestation Neukirchen-Vluyn gGmbH, Schulplatz 4, 47506 Neukirchen-Vluyn
j.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband	Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
l.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.07.2023
m.	Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	10.04.1995
n.	verantwortliche Pflegefachkraft Name	Monique Rathay
o.	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Name	Rebecca Reinhold
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	-
q.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input checked="" type="checkbox"/> liegt nicht vor
r.	Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
s.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Rebecca Reinhold
t.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Rebecca.Reinhold@dst-nv.de
u.	Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	+49 284520004

e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	04.08.2022
----	--	------------

1.5 Versorgungssituation (M/Info)

	gesamt	davon			
		ausschließlich SGB XI	ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	sonstige
versorgte Personen	126	27	51	48	0
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

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

a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
c.	Dekubitus	1
d.	Blasenkatheter	3
e.	PEG-Sonde	1
f.	Fixierung	0
g.	Kontraktur	0
h.	vollständiger Immobilität	0
i.	Tracheostoma	0
j.	multiresistenten Erregern	0

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

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

1.8 Pflegefachlicher Schwerpunkt (M/Info)

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

2. Zusammenfassende Beurteilung

Im Einführungsgespräch werden den Einrichtungsvertretenden das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtlich erforderliche Zeitaufwand für die Prüfung vermittelt. Ferner erfolgt die Information über die Online-Kundenbefragung zur heutigen Qualitätsprüfung.

Alle erforderlichen Daten werden erhoben. Die Erhebung zu den einzelnen Prüffragen erfolgt in Zusammenarbeit mit den Einrichtungsvertretenden. Bei der Auswertung der Pflegedokumentationen und zur Auskunft/Information/Darlegung bei den versorgten Personen (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) sind verschiedene Einrichtungsvertretende anwesend. Die Namen aller an der Prüfung beteiligten Einrichtungsvertretenden sind unter der Frage 1.3 e benannt.

Insofern für die Bewertung einzelner Prüffragen dokumentierte Aussagen notwendig sind, werden die Einrichtungsvertretenden gebeten, die Dokumente mit den erforderlichen Inhalten jeweils vorzulegen. Das Prüfteam des Medizinischen Dienstes Nordrhein hat die Einrichtungsvertretenden darüber informiert, dass die Einrichtung bis zur Beendigung der Prüfung mit dem Abschlussgespräch Gelegenheit erhält, die erforderlichen Dokumente vorzulegen. Nach Angaben der anwesenden Einrichtungsvertretenden liegen keine weiteren Unterlagen zu den erhobenen Fragen in der Einrichtung vor.

Bei einer versorgten Person kann aufgrund von kognitiven und kommunikativen Einschränkungen keine Befragung zur Zufriedenheit durchgeführt werden.

In die Stichprobe gemäß Ziffer 6 Abs. 7 können insgesamt 8 versorgte Personen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI (ab Pflegegrad II) einbezogen werden, davon 3 Personen mit Pflegegrad II, 3 Personen mit Pflegegrad III und 2 Personen mit Pflegegrad IV oder V.

Eine dieser nach Pflegegraden ausgewählten versorgten Personen erhält Leistungen der Behandlungspflege nach §37 SGB V gemäß der HKP-Richtlinie Ziffer 31a.

Das Prüfteam des Medizinischen Dienstes Nordrhein hat die Einrichtungsvertretenden über erste Ergebnisse der Qualitätsprüfung in einem beratungsorientierten und vorbehaltlichen Abschlussgespräch informiert. Hierbei werden die unter Punkt 3 des Prüfberichts aufgeführten Empfehlungen/Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten mitgeteilt.

Eine weitergehende Beratung ist am Tag der Qualitätsprüfung aus gutachterlicher Sicht nicht erforderlich.

Im Rahmen der Prüfung werden von den Einrichtungsvertretenden keine abweichenden Meinungen zu den Prüfergebnissen dargelegt.

Auf die Möglichkeit einer weitergehenden Beratung durch den Medizinischen Dienst Nordrhein wird hingewiesen.

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Es gibt wirksame Regelungen, welche die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen. Vor Vertragsbeginn werden Kostenvoranschläge für die versorgten Personen erstellt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Der Verantwortungsbereich/die Aufgaben der leitenden Pflegefachkraft ist/sind verbindlich geregelt. Die Verantwortungsbereiche/die Aufgaben für die Mitarbeiter/-innen in der Hauswirtschaft sind verbindlich geregelt. Die Zusammensetzung des Personals wird erhoben.

Kapitel 4 Ablauforganisation

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Die Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege ist als ausschließliche Aufgabe für Pflegefachkräfte geregelt. Die personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung ist geregelt. Die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte ist nachvollziehbar gewährleistet. Geeignete Dienstpläne für die Pflege liegen vor. Es liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor. Die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen ist sichergestellt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung ein-bezogene versorgte Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut		Anzahl der versorgten Pers.	Nummer der versorgten Pers.
9.16	M/ T19/B	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	1 / 8	0	
9.19	M/ T23/B	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	1 / 8	0	
9.28	M/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	1 / 8	1	P3
9.29	M/ T18/B	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	1 / 8	0	
9.30	M/B	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	1 / 8	1	P3
9.31	M/B	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	1 / 8	0	
9.32	M/ T24/B	Sind Kompressionsstrümpfe / -verbände sachgerecht angelegt?	6 / 8	0	
11.3	M/ T14/B	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	8 / 8	1	P3
11.5	M/B	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen / Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	3 / 8	0	
11.8	M/ T12/B	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	2 / 8	2	P2, P3
11.9	M/ T13/B	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	1 / 8	1	P3

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung ein-bezogene versorgte Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt	
Nr.	Kat.	Wortlaut		Anzahl der versorgten Pers.	Nummer der versorgten Pers.
16.1.10	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	1 / 8	0	
16.1.11	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	1 / 8	0	
16.1.15	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	1 / 8	0	
16.1.16	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	1 / 8	0	
16.2.3	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	6 / 8	0	
16.2.4	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?	6 / 8	0	

Maßnahmen zur Prozess- und Ergebnisqualität

Frage	Maßnahmen	Frist *1
11.8 (P2)	<p>Feststellung: Die vorliegende Dekubitusrisikoeinschätzung entspricht nicht der aktuellen Situation. Das individuelle Dekubitusrisiko ist nicht erfasst.</p> <p>Maßnahme: Bei einem pflegebedürftigen Menschen, der körperbezogene Pflegemaßnahmen erhält und bei dem ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, muss dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt werden. Dabei:</p> <p>muss die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn der körperbezogenen Pflegemaßnahmen erfolgen.</p> <p>muss in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.</p>	1
9.28 (P3)	<p>Feststellung: Ort und Zeitpunkt der Entstehung der Wunde sind nicht nachvollziehbar.</p> <p>Maßnahme: Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, wann der Dekubitus oder die chronische Wunde entstanden ist und an welchem Ort sich der Pflegebedürftige zum Entstehungszeitpunkt aufgehalten hat.</p>	1
9.30 (P3)	<p>Feststellung: Die vorliegende Wunddokumentation ist unvollständig, weil Angaben zur Tiefe nicht nachvollziehbar sind.</p> <p>Maßnahme: Bei chronischen Wunden oder Dekubitus muss eine differenzierte Dokumentation geführt werden (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe).</p>	1
11.3 (P3)	<p>Feststellung: Die fach- und sachgerechte Durchführung vereinbarter Leistungen zur Mobilität, unter Einbeziehung vorhandener Fähigkeiten, ist anhand der überprüften Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar.</p> <p>Maßnahme: Die vereinbarten Leistungen zur Mobilität müssen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert werden.</p>	1
11.8 (P3)	<p>Feststellung: Das individuelle Dekubitusrisiko ist nicht erfasst.</p> <p>Maßnahme: Bei einem pflegebedürftigen Menschen, der körperbezogene Pflegemaßnahmen erhält und bei dem ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, muss dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt werden. Dabei:</p> <p>muss die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn der körperbezogenen Pflegemaßnahmen erfolgen.</p> <p>muss in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.</p>	1

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

Verantwortlich für das Gutachten:

10.07.2023, Mecke, Anett

3.8 Zusammensetzung Personal (Info)

Funktion/Qualifikation	Vollzeit 39,0 (Std./Woche)	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	
Pflege						
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,0	5,0	35,0	2,0	5,0	7,78
		2,0	30,0			
		1,0	19,3			
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	2,0	1,0	30,0	1,0	5,0	3,78
		1,0	19,3			
		1,0	15,0			
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1,0	25,0			0,64
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer		1,0	30,0			0,77
angelernte Kräfte		1,0	20,15			0,9
		1,0	15,0			
Auszubildende	3,0					3,0
Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		4,0	20,0			5,77
		4,0	25,0			
		1,0	30,0			
		1,0	15,0			

Vergütungsvereinbarung mit Wirkung vom 01.03.2022 zum Vertrag nach §§132, 132 a SGB V vom 11.01.2022 eingesehen.

Die Position der verantwortlichen Pflegefachkraft ist zum 18.07.2023 besetzt.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde mit 0 von 4 Kriterien erfüllt. Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- Empfehlung zur Händehygiene bekannt
- Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt
- Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt
- Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen

Im Pflegedienst sind die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nicht nachweislich bekannt:

- zur Händehygiene
- zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen.
- zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus- Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.
- zur Prävention Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen.

Die Einrichtungsververtretung legt einen Nachweis zur Bekanntmachung der RKI - Empfehlungen aus dem Jahr 2020 vor. Zwischenzeitlich sind die RKI - Empfehlungen den Mitarbeitern, insbesondere den neu eingestellten Mitarbeitern, nicht bekannt gemacht worden.

Im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter wird auf den Hygieneplan verwiesen. In diesem ist die Bekanntmachung oben genannter RKI - Empfehlungen auch nicht enthalten.

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

Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

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

Die Anforderungen wurden nicht erfüllt.

Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen werden nicht nachweislich durchgeführt.

Vorgelegt wird ein Standard zum Umgang mit MRSA in der Pflege.

Die Einrichtungsververtretung gibt an, dass Mitarbeiterschulungen mit einem E-Learning Programm erfolgen. Zum Umgang mit MRSA hätten keine Schulungen stattgefunden. Nachweise können nicht vorgelegt werden.

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Ganzwaschung -	1	1		
15	Hausbesuchspauschale -	1	1		
15a	Erhöhte Hausbesuchspauschale -	1	6		
28	Kleine pflegerische Hilfestellung 2 -	1	6		
13	Aufräumen und / oder Reinigung der Wohnung -	1	1		

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2023	31.12.2023
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2023	31.12.2023

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Anett Mecke
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	Praxisanleitung / Altenpfleger
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1

d.	Aufstehen	Das Aufstehen erfolgt langsam und mühsam mit Abstützen am Mobiliar.
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	Auf allen Wegen wird ein Rollator genutzt. Das Gangbild ist unsicher. Es werden Balancestörungen angegeben. Sturzereignisse haben in der Vergangenheit bereits stattgefunden.

Die versorgte Person verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Rollator
- Hausnotruf

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

ja

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

ja

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

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

nein

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

Kapitel 13 Ausscheidung

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

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

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

ja

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

ja

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

ja

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

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

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:	1. Tag	WT	17.05.2023
	2. Tag	WT	24.05.2023
	3. Tag	WT	31.05.2023

Die Leistung wird erst seit dem 17.05.2023 erbracht und findet nicht am Wochenende statt.

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

LK 13

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

LK 13

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

ja

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

ja

P2

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	230705VA14000145-000003853
Datum	05.07.2023
Uhrzeit	13:20
Nummer Erhebungsbogen	2

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P2
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
c.	Geburtsdatum	**.***.1936
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	08.03.2018
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Zustand nach Hirnstamminfarkt links, Hemiparese rechts, Zustand nach Schulterfraktur rechts
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh.	Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

ja:

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

stabile Schmerzsituation im Bereich des linken Kniegelenkes
 Regelmedikation: Tilidin 50/4mg 1-0-0-0, Novaminsulfon 500mg 0-2-1-0
 Die medikamentöse Therapie erfolgt durch die Angehörigen.

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

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

Die versorgte Person trägt knielange Kompressionsstrümpfe beidseitig.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	Es besteht eine inkomplette Hemiparese im Bereich der rechten oberen Extremität mit minimalen Bewegungsressourcen. Der rechte Arm kann aus dem Schultergelenk minimal gehoben werden. Die Halte- und Greiffunktion rechtsseitig ist aufgehoben.
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Es besteht eine deutliche Kraftreduktion im Bereich der rechten unteren Extremität. Die Gelenke sind endgradig beweglich.

Es besteht ein Dekubitusrisiko im Bereich des Gesäßes und des rechten Ellenbogens aufgrund längerer Sitzphasen im Rollstuhl sowie in liegender Position im Bereich aller aufliegenden Flächen.

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

nein

Die vorliegende Dekubitusrisikoeinschätzung entspricht nicht der aktuellen Situation. Das individuelle Dekubitusrisiko ist nicht erfasst.

Inaugenscheinnahme: Die versorgte Person wird im Rollstuhl auf einem Antidekubitussitzkissen sitzend angetroffen. Eigenständige Positionswechsel gelingen nicht. Es besteht eine inkomplette Hemiparese im Bereich der rechten oberen Extremität. Der rechte Unterarm ist auf der Armlehne abgelegt. Das Hautbild ist intakt.

Fachgespräch: Man sehe das Dekubitusrisiko vorrangig im Bereich des Gesäßes, da die versorgte Person inzwischen keine eigenständigen Positionswechsel mehr vornehmen könne. Man habe versäumt, dass individuelle Dekubitusrisiko zu erfassen.

Pflegedokumentation: Eine Dekubitusgefahr ist erfasst mit der Angabe, dass die versorgte Person den "[...]Druck eigenständig durch kleine Bewegungen ausgleichen [...]" kann. Die gefährdeten Bereiche, wie das Gesäß, der rechte Arm und im Bett alle aufliegenden Flächen, sind nicht erfasst.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Die versorgte Person zeigt augenscheinlich einen adäquaten Ernährungszustand.

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Abhängig kompensierte Harninkontinenz und abhängig erreichte Stuhlkontinenz.

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

ja

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

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

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

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

ja

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten k6rperbezogenen Pflegema6nahmen im gepr6uftn Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (M/B)

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsma6nahme (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsma6nahmen wurden f6r den gepr6uftn Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.9 vereinbarte Betreuungsma6nahmen (M/Info)

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsma6nahmen sind f6r den gepr6uftn Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.13 abgerechnete Haushaltsf6hrung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsf6hrung wurden f6r den gepr6uftn Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.1.14 vereinbarte Haushaltsf6hrung (M/Info)

Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsf6hrung sind f6r den gepr6uftn Abrechnungszeitraum vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/> keine
--	---

16.2 Abrechnungspr6fung von Leistungen der h6uslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind f6r den gepr6uftn Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? (M/Info)

31b An- und Ausziehen von 6rztlich verordneten Kompressionsstr6mpfen / -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

Ma6nahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	H6ufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstr6mpfe / Strumpfhose	1	7		01.01.2023	31.12.2023
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstr6mpfe / Strumpfhose	1	7		01.01.2023	31.12.2023

P3

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	230705VA14000145-000003853
Datum	05.07.2023
Uhrzeit	13:21
Nummer Erhebungsbogen	3

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P3
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegekasse	Bosch BKK
c.	Geburtsdatum	**.**.*.1967
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	28.11.2016
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Elephantiasis, Stauungsdermatitis beidseitig, Ulcus cruris
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh.	Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

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

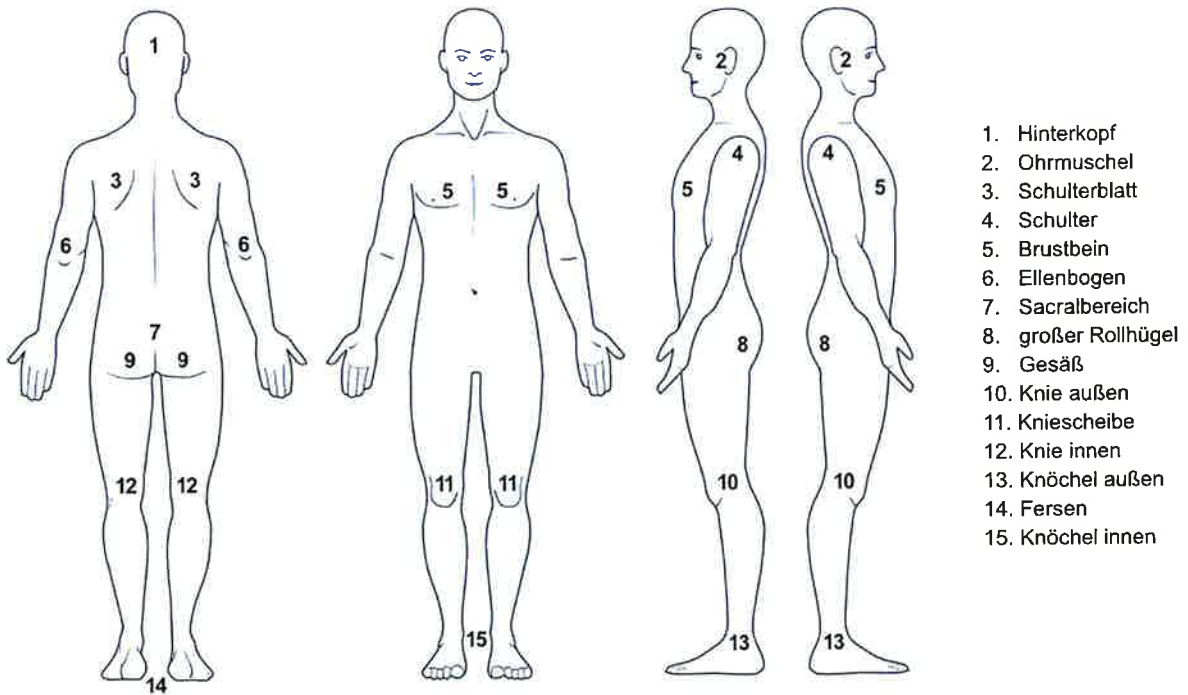
Kapitel 9 Behandlungspflege

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

nein:

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

Wunddokumentation und der Aussagen der begleitenden Pflegefachkraft sowie versorgten Person.
Ergänzung zur c. Lokalisation: Unterschenkel



© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/ Tiefe	2,5 cm H x 5,0 cm B x 0,1 cm T					
b.	Ort der Entstehung	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> extern	<input checked="" type="checkbox"/> nicht nachvollziehbar			
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen:			<input checked="" type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
d.	Kategorie/ Stadium	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b
e.	Umgebung	<input type="checkbox"/> weiß	<input checked="" type="checkbox"/> rosig	<input type="checkbox"/> gerötet	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken	
f.	Rand	<input checked="" type="checkbox"/> rosig	<input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> schmerzhaft	
g.	Exsudat	<input checked="" type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> klar		
h.	Zustand	<input type="checkbox"/> fest	<input checked="" type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> rosa	<input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> gelb	
i.	Nekrose	<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> vollständig	
j.	Geruch	<input checked="" type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> übel riechend				
9.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	Zetuvit Plus Silikon, Actilite, Vliwasoft Vlies, CT Salbe					

Die Wunde wurde nicht in Augenschein genommen. Die Beschreibung erfolgt anhand der

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Die unteren Extremitäten sind bei reduzierter Kraft endgradig aktiv beweglich. Ausgeprägte Ödeme im Bereich der unteren Extremitäten sind erkennbar und die Beine können nicht geschlossen werden.
c.	Lageveränderung im Bett	Positionswechsel im Bett gelingen überwiegend eigenständig. Die versorgte Person liegt die meiste Zeit des Tages auf dem Rücken. Ein auf die Seite drehen gelingt nicht vollständig und muss personell unterstützt werden. Die unteren Extremitäten müssen im Bereich der Kniegelenke gelagert werden bei Außenrotation.
d.	Aufstehen	Das Aufstehen und Umsetzen ist überwiegend selbständig möglich. Die versorgte Person muss sich dabei am Gehbock festhalten und dieser muss durch eine Pflegeperson gesichert werden.
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	Das Stehen ist mit beidhändigem Festhalten am Hilfsmittel möglich, reduziert in der Ausdauer.
g.	Gehen	Die versorgte Person ist überwiegend bettlägerig. Je nach Tagesform erfolgen Gehübungen mit Sicherheitsbegleitung und Hilfsmittelnutzung (Gehbock).

Die versorgte Person verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität: Pflegebett mit Aufrichthilfe (Überbreite), Gehbock, Wechseldruckmatratze, Rollator (Überbreite), Rollstuhl (Überbreite), Duschstuhl (Überbreite), Lagerungskissen

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

nein

Das individuelle Dekubitusrisiko ist nicht erfasst.

Inaugenscheinnahme: Die versorgte Person wird im Bett liegend angetroffen. Im Bett befindet sich eine Wechseldruckmatratze. Positionswechsel gelingen überwiegend selbständig. Beim Drehen auf die Seite benötigt die versorgte Person eine Handreichung. Das Hautbild im Bereich der dekubitusgefährdeten Stellen ist intakt.

Versorgte Person: Sie liege überwiegend auf dem Rücken und ihr sei ihr Dekubitusrisiko bekannt. Sie achte auf Positionswechsel und die Wechseldruckmatratze würde sie unterstützen.

Fachgespräch: Man sehe ein Dekubitusrisiko im Bereich des Gesäßes und der Fersen. Im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen führe man eine Hautinspektion durch und man habe die versorgte Person zur Dekubitusprophylaxe beraten. Es sei versäumt worden, die gefährdeten Bereiche zu erfassen.

Pflegedokumentation: Der Risikomatrix ist die Bestätigung des Dekubitusrisikos zu entnehmen. Die dekubitusgefährdeten Bereiche sind nicht erfasst.

11.9 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? (M/T13/B)

nein

Maßnahmen zu Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher Hilfsmittel stellen sich in der Pflegedokumentation nicht dar. Folgende Aspekte werden nicht berücksichtigt:

Die Lagerungsart im Rahmen der Pflegeeinsätze ist nicht dokumentiert.

Eine haut- und gewebeschonende Lagerung ist nicht dokumentiert.

Die sachgerechte Anwendung eingesetzter Hilfsmittel ist nicht dokumentiert.

Inaugenscheinnahme: Die versorgte Person wird im Bett liegend angetroffen. Im Bett befindet sich eine Wechseldruckmatratze. Positionswechsel gelingen überwiegend selbständig. Beim Drehen auf die Seite benötigt die versorgte Person eine Handreichung. Die unteren Extremitäten sind im Bereich der Kniegelenke bei Außenrotation der unteren Extremitäten erhöht gelagert mit Hilfe von Lagerungskissen.

Versorgte Person: Sie könne die unteren Extremitäten bewegen, jedoch benötige sie eine Unterstützung beim erhöhten Lagern der Kniegelenke. Die Beine würden ansonsten nach außen kippen und Beschwerden im Bereich der Hüftgelenke verursachen. Die Mitarbeitenden des Pflegedienstes würden die notwendige Hilfe erbringen.

Fachgespräch: Man habe versäumt, Maßnahmen zu Lagerungs- und Bewegungstechniken zu dokumentieren.

Pflegedokumentation: Maßnahmen zu Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher Hilfsmittel werden nicht im erforderlichen Umfang nachvollziehbar geplant. Die Lagerungsart im Rahmen der Pflegeeinsätze ist nicht dokumentiert.

Kapitel 13 Ausscheidung

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

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

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Abhängig erreichte Harn- und Stuhlkontinenz.

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

ja

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

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a.	<input type="checkbox"/> normal	
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	Ausgeprägte Ödeme im Bereich der unteren Extremitäten und des rechten Armes sind erkennbar.

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

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

Sonntags findet keine pflegerische Versorgung aus dem SGB XI statt.

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

LK 15, LK 23

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

LK 15, LK 23

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

ja

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

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

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

ja

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
1	Ganzwaschung -	1	7		
15	Hausbesuchspauschale -	1	7		

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	1	7		01.01.2023	31.12.2023
genehmigt	s. c.	1	7		01.01.2023	31.12.2023

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	richten	1	7		01.01.2023	31.12.2023
genehmigt	richten	1	7		01.01.2023	31.12.2023

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2023	31.12.2023
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2023	31.12.2023

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

Die versorgte Person trägt Oberschenkel lange Kompressionsstrümpfe beidseitig.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	Bewegungseinschränkungen im Bereich der Schultergelenke. Armhebung bis Schulterniveau.
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	Das Stehen ist mit festhalten einer Hand am Mobiliar / Rollator möglich.
g.	Gehen	Das Gehen erfolgt mit Rollator. Das Gangbild ist verlangsamt und schwerfällig. Für weitere außerhäusliche Wege wird passiv ein Rollstuhl genutzt.

Die versorgte Person verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität: Rollator, Gehstock, Rollstuhl, Badewannenlift, Hausnotruf

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

ja

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

ja

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

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

ja

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

nein

Kapitel 13 Ausscheidung

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

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

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

a.	<input type="checkbox"/> normal	
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	Ein Ödem im Bereich der rechten oberen Extremität ist zu erkennen.

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

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

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

ja

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

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

18 Injektionen

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	s. c.	2	7		01.04.2023	30.06.2023
genehmigt	s. c.	2	7		01.04.2023	30.06.2023

P5

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	230705VA14000145-000003853
Datum	05.07.2023
Uhrzeit	13:41
Nummer Erhebungsbogen	5

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P5
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
c.	Geburtsdatum	**.**.1955
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.02.2021
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Mamma CA, Gehirn CA, Hüft-TEP, Zustand nach Oberschenkelhalsfraktur, Epilepsie
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh.	Leistungen nach § 37 SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	Es bestehen Bewegungseinschränkungen im Bereich der Schultergelenke. Die Armhebung ist bis Schulterhöhe möglich. Bewegungen der oberen Extremitäten werden leicht ataktisch durchgeführt.
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Es besteht eine reduzierte Kraft im Bereich der unteren Extremitäten.
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	Das Aufstehen und Umsetzen gelingt mit Handreichung einer Pflegeperson.
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	Das Stehen ist mit festhalten einer Hand am Mobiliar / Rollator möglich.
g.	Gehen	Das Gehen muss bei unsicherem Gangbild und eingeschränkter Körperbalance begleitet werden. Die versorgte Person nutzt zusätzlich einen Möbelhalt oder ihren Rollator. Je nach Tagesform wird innerhalb der Wohnung ein Toilettenstuhl zum Transfer passiv genutzt. Weitere Wege außerhalb der Wohnung wird die versorgte Person im Rollstuhl geschoben.

Die versorgte Person verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität: Rollator, Rollstuhl

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

ja

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

Einschränkung.

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

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

Kapitel 13 Ausscheidung

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

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

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Abhängig kompensierte Harninkontinenz. Stuhlkontinenz.

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

ja

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

ja

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

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:	1. Tag	WT	03.03.2023
	2. Tag	WT	07.03.2023
	3. Tag	WT	10.03.2023
	4. Tag	WT	14.03.2023
	5. Tag	WT	17.03.2023
	6. Tag	WT	21.03.2023
	7. Tag	WT	24.03.2023

Am Wochenende findet keine pflegerische Leistungserbringung aus dem SGB XI statt.

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

LK 15, LK 19

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

LK 15, LK 19

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

ja

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

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

P6

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	230705VA14000145-000003853
Datum	05.07.2023
Uhrzeit	12:15
Nummer Erhebungsbogen	6

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P6
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegekasse	BARMER
c.	Geburtsdatum	**.**.*.1949
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	17.08.2020
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Phlebothrombose beidseits, Zustand nach Hüft - TEP rechts, Zustand nach Dickdarmileus bei stenosierendem Adenokarzinom
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh.	Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

Kapitel 9 Behandlungspflege

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

nein:

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

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

ja

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

Die versorgte Person trägt knielange Kompressionsstrümpfe.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
---	--

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

ja

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

nein

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

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

Kapitel 13 Ausscheidung

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

a.	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
b.	<input type="checkbox"/> transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen	Vorlagen
	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen	
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstigem	Kolostoma versorgt mit einem zweiteiligen System. Die Stomaversorgung erfolgt in Gänze durch den ambulanten Pflegedienst. Die Stoma-Umgebung ist als reizlos beschrieben.

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Abhängig kompensierte Stuhlinkontinenz. Unabhängig erreichte Harnkontinenz.

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

ja

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

ja

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

LK 03, LK 15a

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

ja

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

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

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

ja

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

ja

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

P7

Kapitel 8 Allgemeine Angaben

8.1 Begutachtungsdaten (M/Info)

Auftragsnummer	230705VA14000145-000003853
Datum	05.07.2023
Uhrzeit	12:20
Nummer Erhebungsbogen	7

8.2 Angaben zur versorgten Person (M/Info)

a.	Name	P7
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegekasse	HEK - Hanseatische Krankenkasse
c.	Geburtsdatum	**.***.1942
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	12.01.2015
e.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	Arthrose, Zustand nach Herzinfarkt, Zustand nach Apoplex, Herzschrittmacher
f.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hh.	Leistungen nach § 37 SGB V	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
j.	Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen	
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Versorgte Person angetroffen: (M/Info)

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt (M/Info)

Ist die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	Das Aufstehen erfolgt mit Abstützen am Mobiliar oder Hilfsmittel selbständig.
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	Auf allen Wegen wird ein Rollator genutzt. Das Gangbild ist unsicher. Es sind Hilfen z.B. beim Einstieg in die Dusche erforderlich, da die versorgte Person Angst hat, zu stürzen.

Die versorgte Person verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Rollator

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

ja

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

ja

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

12.4 Risiken Flüssigkeitsversorgung (M/Info)

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

Kapitel 13 Ausscheidung

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

15.2 Mundzustand/Zähne (M/Info)

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

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

ja

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

ja

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

ja

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

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

16.1.14 vereinbarte Haushaltsführung (M/Info)

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

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB XI

ID	Beschreibung	Häufigkeit			Bemerkung
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	
15	Hausbesuchspauschale -	2	7		
19	Große Grundpflege -	1	7		
21	Kleine Grundpflege -	1	7		

8.2 Übersicht Leistungsgeschehen SGB V

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	verabreichen	1	7		15.01.2023	31.12.2023
genehmigt	verabreichen	1	7		15.01.2023	31.12.2023

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

Maßnahme	Ggf. Spezifizierung lt. Richtlinie	Häufigkeit			Dauer	
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
verordnet	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		15.01.2023	31.12.2023
genehmigt	An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		15.01.2023	31.12.2023

8.3 Orientierung und Kommunikation (M/Info)

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

Ein sinnvolles Gespräch ist, infolge der Grunderkrankung mit Intelligenzminderung nicht möglich.

8.4 Anwesende Personen (M/Info)

a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters	Anett Mecke
----	--	-------------

c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	Die versorgte Person geht auf allen Wegen mit dem Rollator. Festes Schuhwerk wird getragen. Für weitere Strecken wird sie im Rollstuhl geschoben. Es besteht eine Gangunsicherheit infolge der Hüftdysplasie und deutlicher Visusminderung.

Die versorgte Person verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Rollator
- orthopädische Schuhe
- Rollstuhl

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

ja

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

ja

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

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (M/Info)

nein

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

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

ja

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

ja

Kapitel 13 Ausscheidung

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

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

13.2 Einschränkungen Kontinenz (M/Info)

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

Abhängig kompensierte Harninkontinenz und abhängig erreichte überwiegende Stuhlkontinenz. Toilettengänge erfolgen tagesformabhängig selbständig. Intimpflege und Vorlagenwechsel werden vom Pflegedienst durchgeführt.

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

ja

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

ja

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

Geprüfter Abrechnungszeitraum 1:		von: 16.04.2023	bis: 22.04.2023
--	--	-----------------	-----------------

16.1.3 abgerechnete körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

LK 15, LK 19, LK 21

16.1.4 vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen (M/Info)

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

LK 15, LK 19, LK 21

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

ja

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

ja

16.1.8 abgerechnete Betreuungsmaßnahme (M/Info)

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

16.1.9 vereinbarte Betreuungsmaßnahmen (M/Info)

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

16.1.13 abgerechnete Haushaltsführung (M/Info)

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

Kapitel 18 Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der versorgten Personen

18.1 Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen? (M/T36/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	2 Leistungsbezieher
keine Angaben	5 Leistungsbezieher
18.2 Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen? (M/T35/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	3 Leistungsbezieher
keine Angaben	4 Leistungsbezieher
18.3 Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? (M/T37/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	6 Leistungsbezieher
häufig	1 Leistungsbezieher
18.4 Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? (M/T39/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	6 Leistungsbezieher
nein	1 Leistungsbezieher
18.5 War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? (M/T40/B)	
Die Frage traf für 4 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	3 Leistungsbezieher
t.n.z.	3 Leistungsbezieher
keine Angaben	1 Leistungsbezieher
18.6 Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege? (M/T42/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
ja	4 Leistungsbezieher
keine Angaben	3 Leistungsbezieher
18.7 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter höflich und freundlich? (M/T45/B)	
Die Frage traf für 7 von 7 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.	
immer	7 Leistungsbezieher