

Die Verbände der Pflegekassen
in Hessen (AOK)
Kölner Straße 8
65760 Eschborn

Datum:
08.12.2017

**Qualitätsprüfung gemäß §§ 114 ff SGB XI der Pflegeeinrichtung "Alltags-Engel Doreen Schumacher, Hauptstr.25, 63691 Ranstadt"
Auftragsnummer 171205TA15000000-000103946**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in Hessen hat der MDK eine Qualitätsprüfung in der unter Betreff genannten Einrichtung durchgeführt.

Prüfmaßstab waren:

§§ 114, 114a und 112 SGB XI, die "Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011", die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) vom 6. September 2016

Sie erhalten den erstellten Prüfbericht als Anlage.

Mit freundlichen Grüßen

MDK Hessen

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

1.1 Auftragsnummer

Auftragsnummer: 171205TA15000000-000103946

1.2 Daten zum Pflegedienst

Name: Alltags-Engel
Doreen Schumacher

Strasse: Hauptstr.25

PLZ/Ort: 63691 Ranstadt

Institutskennzeichen (IK): 462645628

Telefon: 06041/823477

Fax: 06041/823476

E-Mail: alltags-engel@gmx.de

Internet-Adresse: www.alltags-engel-ranstadt.de

Träger/Inhaber: Doreen Schumacher
Hauptstr. 25
63691 Ranstadt

Trägerart: privat

Verband: bpa

Abschluss Versorgungsvertrag: 01.10.2013

Inbetriebnahme: 01.10.2013

Verantw. PFK: Rebecca Engel

Stellv. verantw. PFK: Claudia Jaspers

Zertifizierung: liegt nicht vor

Name des Ansprechpartners: Doreen Schumacher

E-Mail des Ansprechpartners: alltags-engel@gmx.de

Rufnummer des Ansprechpartners: 06041-823477

Fax des Ansprechpartners: 06041-823476

1.3 Daten zur Prüfung

Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen:

AOK

Prüfung durch:

MDK

Prüftermine:

05.12.2017

Gesprächspartner des Pflegedienstes:

Doreen Schumacher, Inhaberin

Claudia Jaspers, stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Prüfende(r) Gutachter:

Peter Fitschen

Arzt, Auditor

Sandra Kleer

Pflegefachkraft, Auditor

Ansprechpartner des MDK:

Name: Bereich Ext. Qualitätssicherung

E-Mailadresse: pvquali_ousued@mdk-hessen.de

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI

Anlass: Regelprüfung

Nächtliche Prüfung: nein

Die letzte Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI erfolgte am 08.11.2016.

Letzte Prüfungen anderer Institutionen:

- Keine Angabe ()

1.5 Versorgungssituation

<u>Leistungsempfänger nach</u>	<u>versorgte Personen</u>
Ausschließlich SGB XI	12
Ausschließlich SGB V	20
SGB XI und SGB V	14
Sonstige	22
Gesamt	68

Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Einrichtung.

Die Zufallsstichprobe basiert auf der zu Beginn der Prüfung von der Einrichtung vorgelegten Klientenliste. Zur Stichprobenermittlung wurde die Zahl "3" gewürfelt.

Die Stichprobengröße von acht Klienten mit Sachleistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen konnte nicht eingehalten werden, da in Pflegegrad 3 nur 1 Klient begutachtet werden konnte.

Aus diesem Grund wurden nur sechs Personen in folgender Verteilung auf die einzelnen Pflegegrade begutachtet:

PG 2 = 3 Personen

PG 3 = 1 Person

PG 4 und 5 = 2 Personen

Von der ursprünglich errechneten Stichprobe musste abgewichen werden, da im Rahmen des Ankündigens des Besuches nach Erhebung der Stichprobe mehrere Pflegebedürftige eine Begutachtung abgelehnt haben bzw. nicht erreicht werden konnten; ersatzweise wurde entsprechend des Pflegegrades die nächste Person aus der Liste in die Stichprobe einbezogen.
Eine Zufriedenheitsbefragung konnte krankheitsbedingt bei 2 Personen nicht durchgeführt werden.

1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung werden aktuell 1 Pflegebedürftiger mit Blasenkatheter, 3 Pflegebedürftige mit PEG-Sonde, 2 Pflegebedürftige mit Kontraktur, 2 Pflegebedürftige mit vollständiger Immobilität, 2 Pflegebedürftige mit Tracheostoma versorgt.
Anzahl an Klienten mit zusätzlichen Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI: 27

Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Einrichtung.

- M/Info
- 1.7 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?** ja nein
- 1.8 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden:
Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?** ja nein t.n.z.
- a. schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept nicht geprüft
- b. Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung) nicht geprüft
- c. Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung) nicht geprüft
- d. vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt nicht geprüft
- M/Info
- 1.9 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?** ja nein

Nach Angabe bestehen keine Kooperationen zur Leistungserbringung durch andere Partner.

2. Zusammenfassende Beurteilung

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Feststellungen in zusammenfassender Form wiedergegeben. Die Empfehlungen zur Beseitigung vorgefundener Qualitätsdefizite bzw. der Anforderungen, welche sich hieraus ergeben, sind aufgeführt. Detaillierte Ergebnisse, insbesondere zu den einzelnen Pflegebedürftigen, sind in den Anlagen zum Prüfbericht beschrieben.

Die Prüfung fand als Regelprüfung in einer offenen und freundlichen Atmosphäre statt.

Der Ablauf der Qualitätsprüfung wurde zu Beginn abgestimmt.

Die Strukturdaten wurden entsprechend der Angaben der Einrichtung erhoben und erforderliche Unterlagen zur Verfügung gestellt. Die Einrichtungsvertreter wurden darauf hingewiesen, dass nur die am Prüfungstag vorgelegten Unterlagen bewertet werden.

Die in die Prüfung einbezogenen Versicherten bzw. deren Bevollmächtigte wurden über die Freiwilligkeit der Mitwirkung an der Prüfung gemäß § 114a Abs. 3 und 3a aufgeklärt und die Einwilligung zur Teilnahme schriftlich dokumentiert.

Weitere Einzelheiten zur Stichprobenauswahl sind unter 1.5 beschrieben.

Die prüfungsrelevanten Anforderungskriterien im Bereich der Strukturqualität sind nahezu vollständig umgesetzt.

Es zeigten sich keine Defizite in der Pflegeergebnisqualität.

Die befragten Klienten zeigten sich zufrieden mit der Versorgung durch die Einrichtung.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung wurden Defizite im Bereich der Prozessqualität festgestellt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal:

Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) ist seit 01.11.2017 Frau Claudia Jaspers und sei den Landesverbänden noch nicht gemeldet.

Beratung zur Qualitätsverbesserung zu 3.6: Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. Die entsprechenden Unterlagen sind vorzulegen.

Kapitel 8 Behandlungspflege:

Eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden ist nicht erfolgt. (Vers. 6)

Maßnahme zu 8.30: Bei chronischen Wunden oder Dekubitus muss eine differenzierte Dokumentation geführt werden (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe).

Umsetzung: sofort

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität:

Pflegebericht

Situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes kann dem Pflegebericht nicht entnommen werden. (Vers. 5)

Maßnahme zu 13.7: Dem Pflegebericht muss situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden können.

Umsetzung: sofort

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung:

Darüber hinaus wurden die für die besuchten Pflegebedürftigen in Rechnung gestellten Leistungen nach dem SGB XI und nach dem SGB V auf Plausibilität hin geprüft. Dabei erfolgte ein Abgleich der abrechnungsrelevanten Unterlagen. Bei den Versicherten wurden keine Auffälligkeiten bei den abgerechneten

Leistungen festgestellt.

Prüfrage			Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu x/y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Nr.	Kategorie	Wortlaut		Anzahl der Versicherten	Nummer der Versicherten
14.1.5	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	6/6	0	
14.1.6	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	6/6	0	
14.1.10	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	0/6	0	
14.1.11	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	0/6	0	
14.1.15	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	1/6	0	
14.1.16	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	1/6	0	
14.2.3	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	2/6	0	

14.2.4	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?	2/6	0	
14.2.6	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?	0/6	0	

3. Maßnahmen und Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

siehe unter 2 "Zusammenfassende Beurteilung"

Fazit

Das Abschlussgespräch fand am 05.12.2017 in der Einrichtung statt.
Anwesend waren die bereits zu Beginn des Prüfberichtes aufgeführten Teilnehmer.

Von Seiten des MDK-Teams wurde zunächst für die Kooperation der Einrichtungsvertreter gedankt. Unter Würdigung der positiven Eindrücke des Besuches wurden die wesentlichen Ergebnisse der Prüfung unter den Gesichtspunkten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zusammenfassend dargestellt.

Zur Beseitigung aller festgestellten Qualitätsdefizite, soweit diese zu diesem Zeitpunkt bekannt waren, erfolgte während des Prüfungsverlaufes sowie im Abschlussgespräch Beratung durch das Prüfteam.

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

Verantwortlich für das Gutachten:

Peter Fitschen

Facharzt f. Allgemeinmedizin

Sozialmedizin

Auditor

Freigabe durch:

Peter Fitschen

Facharzt f. Allgemeinmedizin

Sozialmedizin

Auditor

Der Einrichtung wurde im Rahmen des Abschlussgespräches der Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff SGB XI und dem Prüfbericht übergeben. Das Verfahren zur Onlinenutzung der im Bogen enthaltenen Zugangsdaten wurde erläutert.

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

Bei Prüfungen mit reduziertem Prüfumfang sind die Fragen und Kriterien, die nicht zutreffen mit "nicht geprüft" gekennzeichnet.

Inhaltsverzeichnis

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

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 16. Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

- | | Info | ja | nein | t.n.z. |
|--|-------|-------------------------------------|--------------------------|---------------|
| 2.1 Räumliche Ausstattung: | | | | |
| a. Geschäftsräume vorhanden | | | | nicht geprüft |
| b. Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung | | | | nicht geprüft |
| c. Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt | | | | nicht geprüft |
| d. Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich | | | | nicht geprüft |
| 2.2 Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen | M/T27 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.3 Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? | M/T26 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.4 Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.5 Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen? | | | | nicht geprüft |
| 2.6 Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt? | | | | nicht geprüft |

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

- ja nein t.n.z.
- 3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?**
- a. Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt
- b. ^{M/T32} Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?
- c. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)
- d. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)
- e. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)
- f. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)
- g. ^{M/T33} Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?
- ja nein
- 3.2 ^{Info} Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?**
- ja nein
- 3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:**
- a. Pflegefachkraft
- b. ausreichende Berufserfahrung
- c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung
- d. Weiterbildung zur Leitungsqualifikation
- Info
- 3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?**
- Stunden: 40

Info

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig? ja nein

Stundenumfang: 30

Info

3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekasse bekannt? ja nein

ja nein

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:

- a. Pflegefachkraft
- b. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) ist seit 01.11.2017 Frau Claudia Jaspers und sei den Landesverbänden noch nicht gemeldet.

Info

3.8 Zusammensetzung Personal

	Vollzeit 40 Std/Wo		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen
	MA	MA	Stellenumfang	MA	Stellenumfang		
Pflege							
Geeignete Kräfte:	MA	MA	Stellenumfang	MA	Stellenumfang	Gesamtstellen	
Verantwortliche Pflegefachkraft	1	0	-	0	-	1	
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	0	1	0,75	0	-	0,75	
Altenpfleger/in	1	2	0,75	1	0,2	2,7	
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in	2	1	0,5	1	0,2	2,7	
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in	0	0	-	1	0,2	0,2	
Krankenpflegehelfer/in	1	0	-	0	-	1	
Altenpflegehelfer/in	0	1	0,5	0	-	0,5	
Angelernte Kräfte	0	2	0,5	0	-	1	
Auszubildende	4	0	-	0	-	4	
Sonstige	0	0	-	2	0,25	0,5	
Betreuung							
Mitarbeiter Betreuung	0	0	-	2	0,2	0,4	
Hilfen bei der Haushaltsführung							
Hauswirtschaftliche Mitarbeiter	0	2	0,5	2	0,2	1,4	

Legende: Std/Wo = Stunden pro Woche, MA = Mitarbeiter

Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Einrichtung.

Kapitel 4 Ablauforganisation

- 4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?** ja nein
- a. Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt ^M
- b. personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt ^M
- 4.2 Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?** ja nein
- 4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?** ja nein t.n.z.
- 4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?** ja nein
- a. dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen) ^M
- b. Soll-, Ist- und Ausfallzeiten ^M
- c. Zeitpunkt der Gültigkeit ^M
- d. vollständige Namen (Vor- und Zunamen) ^M
- e. Qualifikation ^M
- f. Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) ^M
- g. Legende für Dienst- und Arbeitszeiten ^M
- h. Datum ^M
- i. Unterschrift der verantwortlichen Person ^M
- 4.5 Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor?** ja nein
- a. Datum der Gültigkeit ^M
- b. tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen ^M
- c. Angabe der verantwortlichen Person ^M

M/T34

ja nein

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

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

- 5.1** ^M **Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?** ja nein
- 5.2** **Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?** ja nein Nicht geprüft
- a. ^M Dekubitusprophylaxe
- b. ^M Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz
- c. ^M Pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz
- d. ^M Sturzprophylaxe
- e. ^M Kontinenzförderung
- f. ^M Chronische Wunden
- g. ^M Ernährungsmanagement
- Die folgenden beiden per Zufallsauswahl (ZZ 3) ausgewählten Expertenstandards sind von der Einrichtung umgesetzt worden: pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz, chronischen Wunden .
- 5.3** **Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?** ja nein
- a. ^M aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)
- b. ^M Nennung der Qualifikation
- c. ^M Vor- und Zunamen
- d. ^M Handzeichen übereinstimmend
- 5.4** ^{M/T31} **Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?** ja nein
- 5.5** **Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?** ja nein t.n.z.

- a. Zielvorgaben im Konzept nicht geprüft
- b. zeitliche Vorgaben im Konzept nicht geprüft
- c. inhaltliche Vorgaben im Konzept nicht geprüft
- d. Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt nicht geprüft
- e. Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept nicht geprüft
- f. Einarbeitungsbeurteilung im Konzept nicht geprüft
- g. Konzept angewandt nicht geprüft

M/T29

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

ja nein

M/T28

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

ja nein

M/T30

5.8 Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?

ja nein

Kapitel 6 Hygiene

- 6.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?** ja nein
- a. ^M innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut
- b. ^M Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände
- c. ^M Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft
- d. ^M innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt
- e. ^M alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden
- 6.2 Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?** ja nein t.n.z.
- a. ^M Empfehlung zur Händehygiene bekannt
- b. ^M Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt
- c. ^M Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie bekannt
- d. ^M Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt
- 6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeits-hilfen zur Verfügung?** ja nein
- a. ^M Handschuhe
- b. ^M Händedesinfektionsmittel
- c. ^M Schutzkleidung

M

ja nein

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

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu Pflegebedürftigen 1

7.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} 171205TA15000000-000103946

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
05.12.2017	10:24	1

7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen ^{M/Info}

Name	1
Pflegekasse	KKH
Geburtsdatum	1944
Beginn der Versorgung	01.02.2014
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz
Pflegegrad	5

Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? ja nein

Leistungen nach § 37 SGB V

Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen

7.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Fitschen, Peter
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der ambulanten Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Vereinbarte Leistungen nach SGB XI

4x wö. kleine Körperpflege,
1x wö. große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche.

Kapitel 8 Behandlungspflege

- 8.1 ^{M/T25} Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.
- 8.2 ^M Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.3 ^M Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.4 ^M Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? ja nein t.n.z.
- 8.5 ^M Wird mit Blasenpülungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.6 ^{M/T21} Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.7 ^{M/T22} Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.8 ^M Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.9 ^M Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.10 ^M Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.11 ^M Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.

- | | | | | |
|--------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.12 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.13 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.15 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T19 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T20 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.17 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.18 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T23 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.20 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.21 | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/Info | | ja | nein | |
| 8.22 | Hat der Pflegebedürftige akute Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | von Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | von Pflegedienst übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

- M
- 8.23 **Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.24 **Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.25 **Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 8.26 **Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 8.27)** t.n.z.
- M
- 8.28 **Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T18
- 8.29 **Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.30 **Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.31 **Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 8.32 **Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.33 **Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen: ^{M/Info}

Vers. wird liegend in Nachtwäsche angetroffen.

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ^{M/Info}

ja nein

- a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten
keine Eigenbewegungen
- b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten
keine Eigenbewegungen
- c. Lageveränderung im Bett
- d. Aufstehen
- e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen
- f. Stehen
- g. Gehen

Hilfsmittel: WDS

9.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? ^{M/T14}

ja nein t.n.z.

9.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.5 Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? ^M

ja nein t.n.z.

9.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

M

ja nein t.n.z.

- 9.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?**

M/T12

ja nein t.n.z.

- 9.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?**

M/T13

ja nein t.n.z.

- 9.9 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?**

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Größe 165 cm

Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten kann mangels Aufzeichnungen der Einrichtung nicht ermittelt werden.

Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

10.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: ^{M/Info}

t.n.z.

a. Beschreibung

Der Versicherte ist versorgt mit PEG-Sonde: Es erfolgt vollständige Sondenernährung. Per Pumpe wird appliziert: Nahrung 1500kcal/24h und einer Flussrate von 120ml/h und Flüssigkeit 1000ml/24h mit einer Flussrate von 120ml/h.
Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband: trockenern Verband

- | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| b. Subkutaner Infusion | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. i.v.-Infusion | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Hilfsmitteln | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Sonstigem | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

10.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

10.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

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? ^{M/T6}

ja nein t.n.z.

- M/T5
- 10.6** Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.7** Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? ja nein t.n.z.
- M/T9
- 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? ja nein t.n.z.
- M/T8
- 10.9** Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? ja nein t.n.z.
- M/T7
- 10.10** Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? ja nein t.n.z.
- M/T3
- 10.11** Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Ausscheidung

- 11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- a. Suprapubischem Katheter ja nein
- b. Transurethralem Katheter ja nein
unauffällig
- c. Inkontinenzprodukten ja nein
- d. Hilfsmitteln ja nein
- e. Sonstigem ja nein
- 11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?** M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 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)?** M ja nein t.n.z.
- 11.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?** M/T10 ja nein t.n.z.
- 11.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?** M/T11 ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

12.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

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

ja nein t.n.z.

Lebensgefährte ist hinlänglich informiert

12.3 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? ^{M/T15}

ja nein t.n.z.

12.4 Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? ^{M/T16}

ja nein t.n.z.

Lebensgefährte ist hinlänglich informiert

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut M/Info

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

13.2 Mundzustand/Zähne M/Info

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

Der Mundzustand ist unauffällig.

- ### 13.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? M/T1
- ja nein t.n.z.

- ### 13.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? M/T2
- ja nein t.n.z.

- ### 13.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? M/T17
- ja nein t.n.z.

- ### 13.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? M
- ja nein

- ### 13.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? M
- ja nein t.n.z.

Kapitel 14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info

14.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?

ja nein

M/Info

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

Fr 20.10.2017
 Mo 23.10.2017
 Di 24.10.2017
 Mi 25.10.2017
 Do 26.10.2017
 Fr 27.10.2017
 Mo 30.10.2017

M/Info

14.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

Kleine Körperpflege, 4x wöchentlich.

Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich.

M/Info

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

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

Kleine Körperpflege, 4x wöchentlich.

Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich.

M/B

14.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/B

14.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/Info

14.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

keine

M/Info

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

keine

Kapitel 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?

M/Info

keine

Kapitel 15 Sonstiges

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu Pflegebedürftigen 2

7.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} 171205TA15000000-000103946

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
05.12.2017	10:44	2

7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen ^{M/Info}

Name	2
Pflegekasse	Barmer GEK
Geburtsdatum	1940
Beginn der Versorgung	04.10.2013
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz
Pflegegrad	4

Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? ja nein

Leistungen nach § 37 SGB V

Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen

7.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Fitschen, Peter
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der ambulanten Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Vereinbarte Leistungen nach SGB XI

6x wö. kleine Körperpflege,
1x wö. große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche,
3x tägl. umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen.

Kapitel 8 Behandlungspflege

- 8.1 ^{M/T25} Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.
- 8.2 ^M Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.3 ^M Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.4 ^M Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? ja nein t.n.z.
- 8.5 ^M Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.6 ^{M/T21} Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.7 ^{M/T22} Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.8 ^M Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.9 ^M Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.10 ^M Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.11 ^M Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.

- | | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.12 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.13 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.15 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T19 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T20 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.17 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.18 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T23 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.20 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.21 | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/Info | | ja | nein | |
| 8.22 | Hat der Pflegebedürftige akute Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | von Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | von Pflegedienst übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

- M
- 8.23 **Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.24 **Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.25 **Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 8.26 **Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 8.27)** t.n.z.
- M
- 8.28 **Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T18
- 8.29 **Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.30 **Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.31 **Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 8.32 **Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.33 **Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen: ^{M/Info}

Vers. wird sitzend in Tageskleidung angetroffen.

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ^{M/Info}

ja nein

g. Gehen

Hilfsmittel: Rollator, Rollstuhl

9.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? ^{M/T14}

ja nein t.n.z.

9.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.5 Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? ^M

ja nein t.n.z.

9.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? ^M

ja nein t.n.z.

9.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? ^{M/T12}

ja nein t.n.z.

M/T13

ja nein t.n.z.

9.9 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Größe 163 cm

Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten kann mangels Aufzeichnungen der Einrichtung nicht ermittelt werden.

Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

10.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

10.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

10.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

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? ^{M/T6} ja nein t.n.z.

10.6 Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? ^{M/T5} ja nein t.n.z.

10.7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? ^{M/T4} ja nein t.n.z.

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? ^{M/T9} ja nein t.n.z.

M/T8

10.9 Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z.

M/T7

10.10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z.

M/T3

10.11 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Ausscheidung

- 11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
-
- | | ja | nein |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Suprapubischem Katheter | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Transurethralem Katheter | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Inkontinenzprodukten (geschlossen) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Sonstigem | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
-
- 11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?** M/Info ja nein
-
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
-
- 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)?** M ja nein t.n.z.
-
-
- 11.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?** M/T10 ja nein t.n.z.
-
-
- 11.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?** M/T11 ja nein t.n.z.
-

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

12.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

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

ja nein t.n.z.

12.3 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? ^{M/T15}

ja nein t.n.z.

12.4 Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? ^{M/T16}

ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut M/Info

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

13.2 Mundzustand/Zähne M/Info

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

Der Mundzustand ist unauffällig.

- 13.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? M/T1 ja nein t.n.z.

- 13.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? M/T2 ja nein t.n.z.

- 13.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? M/T17 ja nein t.n.z.

- 13.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? M ja nein

- 13.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? M ja nein t.n.z.

Kapitel 14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info

14.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?

ja nein

M/Info

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

Mi 25.10.2017
Do 26.10.2017
Fr 27.10.2017
Sa 28.10.2017
So 29.10.2017
Mo 30.10.2017
Di 31.10.2017

M/Info

14.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

Kleine Körperpflege, 6x wöchentlich.

Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich.

Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen, 3x täglich.

M/Info

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

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

Kleine Körperpflege, 6x wöchentlich.

Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich.

Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen, 3x täglich.

M/B

14.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/B

14.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/Info

14.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

keine

M/Info

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

keine

Kapitel 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?

M/Info

keine

Kapitel 15 Sonstiges

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu Pflegebedürftigen 3

7.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} 171205TA15000000-000103946

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
05.12.2017	11:07	3

7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen ^{M/Info}

Name	3
Pflegekasse	DAK Gesundheit
Geburtsdatum	1941
Beginn der Versorgung	28.01.2017
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Hemiparese li nach Hirnblutung
Pflegegrad	3

Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? ja nein

Leistungen nach § 37 SGB V

Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen

7.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Fitschen, Peter
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der ambulanten Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Vereinbarte Leistungen nach SGB XI

1x wö. große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, zusätzlich 1x wö. einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel.

Kapitel 8 Behandlungspflege

- 8.1 ^{M/T25} Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.
- 8.2 ^M Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.3 ^M Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.4 ^M Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? ja nein t.n.z.
- 8.5 ^M Wird mit Blasenpülungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.6 ^{M/T21} Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.7 ^{M/T22} Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.8 ^M Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.9 ^M Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.10 ^M Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.11 ^M Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.

- | | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.12 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.13 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.15 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T19 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T20 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.17 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.18 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T23 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.20 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.21 | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/Info | | ja | nein | |
| 8.22 | Hat der Pflegebedürftige akute Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | von Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | von Pflegedienst übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

- M
- 8.23 **Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.24 **Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.25 **Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 8.26 **Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 8.27)** t.n.z.
- M
- 8.28 **Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T18
- 8.29 **Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.30 **Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.31 **Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 8.32 **Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.33 **Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen: ^{M/Info}

Vers. wird sitzend in Tageskleidung angetroffen.

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ^{M/Info} ja nein

a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten
Hemiparese li

b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten
Hemiparese li

g. Gehen

Hilfsmittel: Gehstock, Rollator, Rollstuhl

9.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? ^{M/T14} ja nein t.n.z.

9.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.5 Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? ^M ja nein t.n.z.

9.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? ^M ja nein t.n.z.

M/T12

ja nein t.n.z.

- 9.8** **Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?**

M/T13

ja nein t.n.z.

- 9.9** **Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?**

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

- 10.1** Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung M/Info
- 10.2** Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: M/Info t.n.z.
- 10.3** Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 10.4** Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 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? M/T6 ja nein t.n.z.
-
- 10.6** Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? M/T5 ja nein t.n.z.
-
- 10.7** Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? M/T4 ja nein t.n.z.
-
- 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? M/T9 ja nein t.n.z.
-
- 10.9** Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? M/T8 ja nein t.n.z.
-

M/T7

10.10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z.

M/T3

10.11 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Ausscheidung

- 11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
-
- | | ja | nein |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Suprapubischem Katheter | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Transurethralem Katheter | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Inkontinenzprodukten (offen) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Sonstigem | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
-
- 11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?** M/Info ja nein
-
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
-
- 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)?** M ja nein t.n.z.
-
-
- 11.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?** M/T10 ja nein t.n.z.
-
-
- 11.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?** M/T11 ja nein t.n.z.
-

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

12.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

12.2 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? ^M ja nein t.n.z.

12.3 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? ^{M/T15} ja nein t.n.z.

12.4 Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? ^{M/T16} ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut M/Info

- | | | | |
|----|----------------|---|---|
| a. | normal | ja
<input checked="" type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| b. | Besonderheiten | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input checked="" type="checkbox"/> |

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

13.2 Mundzustand/Zähne M/Info

- | | | | |
|----|-----------------|---|---|
| a. | normal | ja
<input checked="" type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| b. | Auffälligkeiten | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input checked="" type="checkbox"/> |

Der Mundzustand ist unauffällig.

- | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T1
13.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? | ja
<input checked="" type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input type="checkbox"/> |
|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|

- | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T2
13.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? | ja
<input checked="" type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input type="checkbox"/> |
|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|

- | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T17
13.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? | ja
<input checked="" type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input type="checkbox"/> |
|--|---|---|----------------------------------|------------------------------------|

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

- | | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M
13.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? | ja
<input checked="" type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input type="checkbox"/> |
|--|--|---|----------------------------------|------------------------------------|

Kapitel 14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info

14.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?

ja nein

M/Info

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

Mi 06.09.2017
 Mi 13.09.2017
 Mi 20.09.2017
 Mi 27.09.2017
 Mi 04.10.2017
 Mi 11.10.2017
 Mi 25.10.2017

M/Info

14.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

Kleine Körperpflege, 1x wöchentlich. Zusätzlich:

Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel, 1x wöchentlich.

M/Info

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

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

Kleine Körperpflege, 1x wöchentlich. Zusätzlich:

Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel, 1x wöchentlich.

M/B

14.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/B

14.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/Info

14.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

keine

M/Info

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

keine

Kapitel 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?

M/Info

keine

Kapitel 15 Sonstiges

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu Pflegebedürftigen 4

7.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} 171205TA15000000-000103946

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
05.12.2017	11:54	4

7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen ^{M/Info}

Name	4
Pflegekasse	AOK
Geburtsdatum	1938
Beginn der Versorgung	02.06.2017
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Altersschwäche, Osteoporose
Pflegegrad	2

Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? ja nein

Leistungen nach § 37 SGB V

Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen

7.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Fitschen, Peter
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der ambulanten Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Vereinbarte Leistungen nach SGB XI

1x wö. große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, zusätzlich 1x wö. einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel.

Kapitel 8 Behandlungspflege

- 8.1 ^{M/T25} Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.
- 8.2 ^M Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.3 ^M Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.4 ^M Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? ja nein t.n.z.
- 8.5 ^M Wird mit Blasenpülungen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.6 ^{M/T21} Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.7 ^{M/T22} Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? ja nein t.n.z.
- 8.8 ^M Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.9 ^M Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.10 ^M Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- 8.11 ^M Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.

- | | | | | |
|--------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.12 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.13 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.15 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T19 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T20 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.17 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.18 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T23 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.20 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.21 | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/Info | | ja | nein | |
| 8.22 | Hat der Pflegebedürftige akute Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | von Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | von Pflegedienst übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

- M
- 8.23 **Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.24 **Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.25 **Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 8.26 **Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 8.27)** t.n.z.
- M
- 8.28 **Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T18
- 8.29 **Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.30 **Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.31 **Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 8.32 **Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 8.33 **Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?** ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Mobilität

- 9.1 Pflegebedürftigen angetroffen:** ^{M/Info}
 Vers. wird stehend in Tageskleidung angetroffen.
- 9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt** ^{M/Info}

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- 9.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?** ^{M/T14}

ja	nein	t.n.z.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- 9.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?** ^{M/Info}

ja	nein
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 von Gutachter beurteilt
 von Einrichtung übernommen
- 9.5 Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?** ^M

ja	nein	t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 9.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?** ^{M/Info}

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

 von Gutachter beurteilt
 von Einrichtung übernommen
- 9.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?** ^M

ja	nein	t.n.z.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- 9.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?** ^{M/T12}

ja	nein	t.n.z.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- 9.9 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?** ^{M/T13}

ja	nein	t.n.z.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung M/Info

Größe 168 cm

Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten kann mangels Aufzeichnungen der Einrichtung nicht ermittelt werden.

Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

10.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: M/Info t.n.z.

10.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? M/Info ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

10.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? M/Info ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

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? M/T6 ja nein t.n.z.

10.6 Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? M/T5 ja nein t.n.z.

10.7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? M/T4 ja nein t.n.z.

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? M/T9 ja nein t.n.z.

M/T8

10.9 Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z.

M/T7

10.10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z.

M/T3

10.11 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Ausscheidung

- 11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
-
- | | ja | nein | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| a. Suprapubischem Katheter | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| b. Transurethralem Katheter | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| c. Inkontinenzprodukten (offen) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| e. Sonstigem | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
- 11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?** M/Info ja nein
-
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 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)?** M ja nein t.n.z.
-
- 11.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?** M/T10 ja nein t.n.z.
-
- 11.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?** M/T11 ja nein t.n.z.
-

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

12.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

- ^M
- 12.2 **Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?**
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ja | nein | t.n.z. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- ^{M/T15}
- 12.3 **Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?**
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ja | nein | t.n.z. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- ^{M/T16}
- 12.4 **Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?**
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ja | nein | t.n.z. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut M/Info

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

13.2 Mundzustand/Zähne M/Info

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

Der Mundzustand ist unauffällig.

- ### 13.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? M/T1
- ja nein t.n.z.

- ### 13.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? M/T2
- ja nein t.n.z.

- ### 13.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? M/T17
- ja nein t.n.z.

- ### 13.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? M
- ja nein

- ### 13.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? M
- ja nein t.n.z.

Kapitel 14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info

14.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor? ja nein

M/Info

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

Di 19.09.2017
 Di 26.09.2017
 Di 03.10.2017
 Di 10.10.2017
 Di 17.10.2017
 Di 24.10.2017
 Di 31.10.2017

M/Info

14.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:
 Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich. Zusätzlich:
 Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel, 1x wöchentlich.

M/Info

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

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:
 Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich. Zusätzlich:
 Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel, 1x wöchentlich.

M/B

14.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) ja nein t.n.z.

M/B

14.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) ja nein t.n.z.

M/Info

14.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

keine

M/Info

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

keine

Kapitel 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?

M/Info

keine

Kapitel 15 Sonstiges

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu Pflegebedürftigen 5

7.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} 171205TA15000000-000103946

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
05.12.2017	10:00	5

7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen ^{M/Info}

Name	5
Pflegekasse	AOK
Geburtsdatum	1938
Beginn der Versorgung	30.12.2015
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Abszessspaltung genito-inguinal, Art. Hypertonie, Rheuma
Pflegegrad	2

Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? ja nein

Leistungen nach § 37 SGB V
1x wöchentlich Injektion s.c.

Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen Pflegedokumentation und Abrechnungsunterlagen

Die Einwilligung des Versicherten liegt in Textform vor.

7.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Kleer, Sandra
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der ambulanten Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Vereinbarte Leistungen nach SGB XI

1x wö. kleine Körperpflege,

1x wö. große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche,
1x wö. hauswirtschaftliche Versorgung.

Kapitel 8 Behandlungspflege

Folgende behandlungspflegerischen Maßnahmen werden bei dem Versicherten erbracht:

Richten und Verabreichen von Injektionen.

- | | | | | | |
|-------|-----|--|---|----------------------------------|---|
| M/T25 | 8.1 | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | ja
<input checked="" type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input type="checkbox"/> |
| M | 8.2 | Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |
| M | 8.3 | Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |
| M | 8.4 | Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |
| M | 8.5 | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T21 | 8.6 | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T22 | 8.7 | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |
| M | 8.8 | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |
| M | 8.9 | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> | t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|--------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.10 | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.11 | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.12 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.13 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.15 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T19 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M/T20 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.17 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | nicht geprüft | | |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.18 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T23 | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.20 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| M | | ja | nein | t.n.z. |
| 8.21 | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/Info | | ja | nein | |
| 8.22 | Hat der Pflegebedürftige akute Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | von Gutachter beurteilt | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

von Pflegedienst übernommen

- M
- 8.23** Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? ja nein t.n.z.
- M
- 8.24** Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M
- 8.25** Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M/Info
- 8.26** Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 8.27) t.n.z.
- M
- 8.28** Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? ja nein t.n.z.
- M/T18
- 8.29** Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? ja nein t.n.z.
- M
- 8.30** Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)? ja nein t.n.z.
- M
- 8.31** Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? ja nein t.n.z.
- M/T24
- 8.32** Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? ja nein t.n.z.
- M
- 8.33** Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen: ^{M/Info}

Vers. wird stehend in Tageskleidung angetroffen.

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ^{M/Info} ja nein

- a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten
Einschränkung in den Fingergelenken
- b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten
keine Einschränkung in den Gelenken
- d. Aufstehen
selbständig mit Hilfsmittel
- g. Gehen
selbständig mit Hilfsmittel

Hilfsmittel: Rollator

9.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? ^{M/T14} ja nein t.n.z.

9.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.5 Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? ^M ja nein t.n.z.

9.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

M

ja nein t.n.z.

- 9.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?**

M/T12

ja nein t.n.z.

- 9.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?**

M/T13

ja nein t.n.z.

- 9.9 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?**

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung M/Info

Gewicht 99,5 kg (aktuell am 03.11.2017)
 Größe 170 cm
 BMI 34 kg/m²
 Gewicht 92 kg (vor ca. 3 Mon. am 01.09.2017)
 Der Gewichtsverlauf zeigt in den letzten drei Monaten eine Zunahme.
 Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

10.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: M/Info t.n.z.

10.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? M/Info ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

10.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? M/Info ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

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? M/T6 ja nein t.n.z.

10.6 Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? M/T5 ja nein t.n.z.

10.7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? M/T4 ja nein t.n.z.

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? M/T9 ja nein t.n.z.

- M/T8
- 10.9 Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?**
- ja nein t.n.z.
- M/T7
- 10.10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?**
- ja nein t.n.z.
- M/T3
- 10.11 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?**
- ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Ausscheidung

- 11.1 **Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- 11.2 **Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?** M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 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)?** M ja nein t.n.z.
- 11.4 **Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?** M/T10 ja nein t.n.z.
- 11.5 **Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?** M/T11 ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

12.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

Die nachfolgenden Fragen 12.2-12.4 sind nur bei pflegebedürftigen Menschen zu beantworten, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde.

- 12.2 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? ja nein t.n.z.

- 12.3 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? ja nein t.n.z.

- 12.4 Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut M/Info

- | | | | |
|----|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. | normal | ja | nein |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Besonderheiten | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

13.2 Mundzustand/Zähne M/Info

- | | | | |
|----|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. | normal | ja | nein |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Auffälligkeiten | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Der Mundzustand ist unauffällig.

13.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? M/T1

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | nein | t.n.z. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? M/T2

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | nein | t.n.z. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? M/T17

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | nein | t.n.z. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? M

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ja | nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? M

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ja | nein | t.n.z. |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes kann dem Pflegebericht nicht entnommen werden.

Eintrag 01.09.2017: "Starke Rötung in der unteren Bauchfalte."
Eine Folgehandlung und ein Folgeeintrag kann dem Pflegebericht nicht entnommen werden.

Kapitel 14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info

14.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?

ja nein

M/Info

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

Mo 02.10.2017
Fr 06.10.2017
Mo 09.10.2017
Fr 13.10.2017
Mo 16.10.2017
Fr 20.10.2017
Mo 23.10.2017

M/Info

14.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

Kleine Körperpflege, 1x wöchentlich.

Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich.

M/Info

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

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

Kleine Körperpflege, 1x wöchentlich.

Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche, 1x wöchentlich.

M/B

14.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/B

14.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/Info

14.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

keine

M/Info

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

- Do 14.09.2017
- Do 21.09.2017
- Do 28.09.2017
- Do 05.10.2017
- Do 12.10.2017
- Do 19.10.2017
- Do 26.10.2017

M/Info

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

Folgende Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:
 Hauswirtschaftliche Versorgung, 1x wöchentlich, 5 Min. Taktung.

M/Info

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

Folgende Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:
 Hauswirtschaftliche Versorgung, 1x wöchentlich, 5 Min. Taktung.

M/B

14.1.15 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/B

14.1.16 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

Kapitel 14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

^{M/Info}
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	
				X tgl.	X wtl.	vom	bis
18	Injektionen	verordnet	s. c.	1	1	15.12.2016	31.12.2017
		genehmigt		1	1	15.12.2016	31.12.2017

^{M/Info}
14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

- Fr 15.09.2017
- Fr 22.09.2017
- Fr 29.09.2017
- Fr 06.10.2017
- Fr 13.10.2017
- Fr 20.10.2017
- Fr 27.10.2017

^{M/B}
14.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

^{M/B}
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? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

Kapitel 15 Sonstiges

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu Pflegebedürftigen 6

7.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} 171205TA15000000-000103946

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
05.12.2017	10:30	6

7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen ^{M/Info}

Name	6
Pflegekasse	Barmer
Geburtsdatum	1951
Beginn der Versorgung	12.06.2015
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Art. Hypertonie, Diabetes mellitus, Polyneuropathie, Z.n. erweiterter Hemikolektomie bei Adenokarzinom, Abdomen apertum bei persistierender Dünndarmfistel nach multiplen Laparatomien bei mechanischem Ileus
Pflegegrad	2

Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? ja nein

Leistungen nach § 37 SGB V
2 x täglich, 7 x wöchentlich Wundverbände

Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen Pflegedokumentation und Abrechnungsunterlagen

Die mündliche Einwilligung wurde am Tag der Qualitätsprüfung vor der Begutachtung telefonisch eingeholt und durch die Gutachter in Textform bestätigt.

7.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Kleer, Sandra
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der ambulanten Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Vereinbarte Leistungen nach SGB XI

2x wö. kleine Körperpflege.

Kapitel 8 Behandlungspflege

Folgende behandlungspflegerischen Maßnahmen werden bei dem Versicherten erbracht:

Wundversorgung.

- | | |
|--|---|
| M/T25 | ja nein t.n.z. |
| 8.1 | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | |
| M | ja nein t.n.z. |
| 8.2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? | |
| M | ja nein t.n.z. |
| 8.3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? | |
| M | ja nein t.n.z. |
| 8.4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? | |
| M | ja nein t.n.z. |
| 8.5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? | |
| M/T21 | ja nein t.n.z. |
| 8.6 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | |
| M/T22 | ja nein t.n.z. |
| 8.7 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | |
| M | ja nein t.n.z. |
| 8.8 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? | |
| M | ja nein t.n.z. |
| 8.9 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? | |

- M
- 8.10 Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M
- 8.11 Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M
- 8.12 Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M
- 8.13 Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M
- 8.14 Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M
- 8.15 Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M/T19
- 8.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? ja nein t.n.z.
- M/T20
- 8.17 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? ja nein t.n.z.
nicht geprüft
- M
- 8.18 Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M/T23
- 8.19 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? ja nein t.n.z.
- M
- 8.20 Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
- M
- 8.21 Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? ja nein t.n.z.
nicht geprüft
- M/Info
- 8.22 Hat der Pflegebedürftige akute Schmerzen? ja nein
- Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?
- von Gutachter beurteilt

von Pflegedienst übernommen

M

8.23 Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?

ja nein t.n.z.

M

8.24 Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z.

M

8.25 Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z.

M/Info

8.26 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 8.27)

t.n.z.

Wunde 1

Der Versicherte leidet an einer Dünndarmfistel. Die Wunde hat eine Größe von 18 x 15 cm, Tiefe 5 cm.
 Der Ort der Entstehung ist extern.
 Lokalisation: Bauch rechts, Umgebung: gerötet, Exsudat: viel, Zustand: rot, Nekrose: keine, Geruch: übel riechend.
 Verwendete Materialien zur Behandlung der Wunde: Eakinbeutel anlegen 2xtgl. 7 x wtl.

Wunde 2

Der Versicherte leidet an einer Dünndarmfistel. Die Wunde hat eine Größe von 10 x 3 cm, Tiefe 5 cm.
 Der Ort der Entstehung ist extern.
 Lokalisation: Bauch links, Umgebung: gerötet, Rand: rot , schmerzhaft, Exsudat: viel, Zustand: rot, Nekrose: keine, Geruch: übel riechend.
 Verwendete Materialien zur Behandlung der Wunde: Eakinbeutel 2xtgl, 7xwtl.

Wunde 3

Der Versicherte leidet an einer Hauttransplantationswunde. Die Wunde hat eine Größe von 12 x 6 cm, Tiefe 0,2 cm.
 Der Ort der Entstehung ist extern.
 Lokalisation: Oberschenkel rechts, Umgebung: rosig, Rand: rot, Exsudat: viel, Zustand: rot, Nekrose: keine, Geruch: kein.
 Verwendete Materialien zur Behandlung der Wunde: Reinigung mit Octenisept, Lomatüll und sterile Kompressen auflegen

M

8.28 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?

ja nein t.n.z.

M/T18

8.29 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

ja nein t.n.z.

M

8.30 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?

ja nein t.n.z.

Eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden ist nicht erfolgt.

Es liegen lediglich Fotos vom 16.06.2017 der chronischen Wunden vor.
Ein aktueller Verlauf oder eine Beschreibung von Größe und Tiefe sind dokumentarisch nicht erfolgt.

M

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

ja nein t.n.z.

M/T24

8.32 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?

ja nein t.n.z.

M

8.33 Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Mobilität

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen: ^{M/Info}

Vers. wird liegend in Nachtwäsche angetroffen.

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ^{M/Info}

ja nein

Die Bewegungsfähigkeit ist auf Grund der Wundverbände stark eingeschränkt.

9.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? ^{M/T14}

ja nein t.n.z.

9.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.5 Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? ^M

ja nein t.n.z.

9.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

9.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? ^M

ja nein t.n.z.

9.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? ^{M/T12}

ja nein t.n.z.

9.9 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? ^{M/T13}

ja nein t.n.z.

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Größe 180 cm

BMI 25 kg/m²

Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten kann nicht ermittelt werden.

Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

10.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

- ^{M/Info} **10.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?** ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen

- ^{M/Info} **10.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?** ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen

- ^{M/T6} **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?** ja nein t.n.z.

- ^{M/T5} **10.6 Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?** ja nein t.n.z.

- ^{M/T4} **10.7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?** ja nein t.n.z.

- ^{M/T9} **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?** ja nein t.n.z.

M/T8

10.9 Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z.

M/T7

10.10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z.

M/T3

10.11 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Ausscheidung

- 11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: M/Info t.n.z.
- 11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 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)? M ja nein t.n.z.
- 11.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? M/T10 ja nein t.n.z.
- 11.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? M/T11 ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

12.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

Die nachfolgenden Fragen 12.2-12.4 sind nur bei pflegebedürftigen Menschen zu beantworten, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde.

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

- | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 12.3 | Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? | ja | nein | t.n.z. |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 12.4 | Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? | ja | nein | t.n.z. |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

Der Hautzustand zeigt folgende Auffälligkeiten: trocken/schuppige Haut.

13.2 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

Der Mundzustand ist unauffällig.

- 13.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? ^{M/T1} ja nein t.n.z.

- 13.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? ^{M/T2} ja nein t.n.z.

- 13.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? ^{M/T17} ja nein t.n.z.

Die Frage wurde mit "trifft nicht zu" bewertet, da der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt.

- 13.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein

- 13.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info

14.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?

ja nein

M/Info

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

Mo 02.10.2017
Fr 06.10.2017
Di 10.10.2017
Do 12.10.2017
Di 17.10.2017
Do 19.10.2017
Fr 27.10.2017

M/Info

14.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:
Kleine Körperpflege, 2x wöchentlich.

M/Info

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

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:
Kleine Körperpflege, 2x wöchentlich.

M/B

14.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/B

14.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

ja nein t.n.z.

M/Info

14.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

keine

^{M/Info}
14.1.13 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?

keine

Kapitel 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	
				X tgl.	X wtl.	vom	bis
31	Verbände	verordnet	Anlegen / Wechseln von Wundverbänden	2	7	01.05.2017	31.12.2017
		genehmigt		2	7	01.05.2017	31.12.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum

- Mo 02.10.2017
- Mi 04.10.2017
- Fr 06.10.2017
- So 08.10.2017
- Di 10.10.2017
- Do 12.10.2017
- Sa 14.10.2017

14.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)

M/B

ja nein t.n.z.

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? (Mehrfachnennungen möglich)

M/B

ja nein t.n.z.

Kapitel 15 Sonstiges

Kapitel 16 Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Im Rahmen der Qualitätsprüfung war eine Befragung von 4 Versicherten zur Zufriedenheit mit der Versorgung möglich.

Die Befragung zur Zufriedenheit enthält zwei Typen von Fragen: Vierstufige Fragen können mit den Kategorien trifft "immer", "häufig", "gelegentlich" oder "nie" zu beantwortet werden, zweistufige Fragen mit "ja" und "nein". Daneben sind die Ausprägungen "trifft nicht zu" oder "keine Angabe" möglich. Die Zahlen geben an wie häufig die jeweilige Antwort gegeben wurde. Zusätzliche Antworten sind als Text unter der jeweiligen Frage abgedruckt.

Aus Gründen des Datenschutzes und zur Vereinfachung wird immer die männliche Form der Versicherten bzw. Leistungsbezieher verwendet.

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

M/T36

Information über entstehende Kosten seien vor Leistungsbeginn gegeben worden: ja 4.

16.4 Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?

M/T35

Pflegevertrag sei abgeschlossen: ja 4.

16.5 Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?

M/T37

Mit den Einsatzzeiten sei man zufrieden: immer 4.

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

M/T39

Der Kreis von Mitarbeitern sei überschaubar: ja 4.

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

M/T40

Der Pflegedienst sei bei Bedarf erreichbar und einsatzbereit: immer 4.

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

M/T42

Die Mitarbeiter gäben Tipps und Hinweise zur Pflege: ja 4.

16.9 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

M/T45

Die Mitarbeiter seien höflich und freundlich: immer 4.

M/T41

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

Die Mitarbeiter würden unterstützen, sich ganz oder teilweise selber zu waschen: immer 4.

M/T38

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

Versicherte würden zur Kleiderauswahl befragt: immer 4.

M/T44

16.12 Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?

Die Privatsphäre würde respektiert: immer 4.

M/T46

16.13 Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

Mit den hauswirtschaftlichen Leistungen sei man zufrieden: immer 1, tnz 3.

M/T43

16.14 Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?

Auf die Beschwerde hin sei etwas zum Positiven geändert worden: tnz 4.

Liste der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen:

P1 KKH

P2 Barmer GEK

P3 DAK Gesundheit

P4 AOK

P5 AOK

P6 Barmer