

MDK M-V HV, Lessingstraße 33, 19059 Schwerin

Die Verbände der Krankenkassen in Mecklenburg
Vorpommern
19032 Schwerin

MDK

Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Mecklenburg-Vorpommern

Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung M-V e.
V.

ext. Qualitätsprüfung
Lessingstraße 33
19059 Schwerin

Tel: 0385 74400

Fax: 0385 7440199

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 171123VA21000112-000006768

Häusliche Krankenpflege
Cornelia Fritze
Wismarsche Straße 32 (im Atrium)
18057 Rostock

Datum der Prüfung: 23.11.2017

Prüfer: Herr Maleika - Pflegefachkraft MDK M-V e.V.
Auditor

Herr Wiechmann - Pflegefachkraft MDK M-V e.V.
(am 1. Prüftag)
Auditor



Prüfmaßstab

- §§ 112 ff. SGB XI,
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011,
- der aktuelle Stand des Wissens,
- die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
- die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung (Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, Vertrag nach § 132a SGB V),
- die abrechnungs- und vergütungsrelevanten Verträge der Pflege- und Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung,
- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Nr. 1 SGB V,
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 6. September 2016 in der Fassung der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit vom 04.10.2016.
- Laut uns vorliegendem Prüfauftrag erfolgte die erweiterte Regelprüfung (einschließlich der Punkte 3.5 und 3.8) nach dem für das Jahr 2017 bestehenden Prüfplan angemeldet im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in Mecklenburg-Vorpommern.
- Die Qualitätsprüfung und Beratung bezog sich auf die Ergebnisqualität sowie Bereiche der Struktur- und Prozessqualität.
- Sie erstreckte sich auf die Räumlichkeiten der Einrichtung insgesamt.
- Alle für die Prüfung relevanten Unterlagen sowie interne und externe Qualitätssicherungsnachweise wurden herangezogen.
- Der Pflegeeinrichtung wurde während der gesamten Qualitätsprüfung Gelegenheit gegeben, alle vorhandenen prüfrelevanten Unterlagen vorzulegen. Diese wurden durch das Prüfersteam berücksichtigt. Weitere relevante Nachweise, welche zu einer Änderung des ursprünglichen Bewertungsergebnisses hätten führen können, wurden auch auf Nachfrage bis zum Abschluss der Qualitätsprüfung vor Ort nicht zur Einsichtnahme vorgestellt.
- Bei den im Bericht aufgezeigten und somit in die Ergebnisüberprüfung einbezogenen Versicherten wird nur auf die männliche Form abgestellt, wobei gleichzeitig die weibliche inbegriffen ist.

*

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

1.1 Auftragsnummer:	171123VA21000112-000006768
1.2 Daten zum Pflegedienst	
a. Name	Häusliche Krankenpflege Cornelia Fritze
b. Straße	Wismarsche Straße 32 (im Atrium)
c. PLZ/Ort	18057 Rostock
d. Institutskennzeichen (IK)	1. 461305589
e. Telefon	0381 / 7688450
f. Fax	0381 / 1289097
g. E-Mail	cornelia.fritze@t-online.de
h. Internet-Adresse	www.pflegedienst-rostock-fritze.de
i. Träger/Inhaber	Häusliche Krankenpflege Cornelia Fritze
j. Trägerart <input checked="" type="radio"/> privat <input type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	bpa
l. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.01.2009
m. Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	01.01.2009
n. Verantw. PFK Name	Frau Fritze
o. Stellv. verantw. PFK	Frau Gräfe
q. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor
r. Name des Ansprechpartners für DCS	Frau Fritze
s. E-Mailadresse des Ansprechpartners für DCS	cornelia.fritze@t-online.de
t. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	0381 / 7688450
u. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	0381 / 1289097

1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber	Pflegekasse der AOK Berlin	
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input checked="" type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek	
b. Prüfung durch	MDK	
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	23.11.2017	24.11.2017
	von TT.MM.JJ	bis TT.MM.JJ
d. Uhrzeit 1. Tag	08:15	14:45
	von	bis
2. Tag	08:00	11:00
	von	bis
3. Tag		
	von	bis
e. Gesprächspartner des Pflegedienstes	Frau Fritz - Inhaberin/verantwortliche Pflegefachkraft Frau Gräfe - stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Frau Döge - Pflegefachkraft	
f. Prüfende(r) Gutachter	Herr Maleika - Pflegefachkraft MDK M-V e.V. Herr Wiechmann - Pflegefachkraft MDK M-V e.V. (am 1. Prüftag)	
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen:	
<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
a.	<input checked="" type="radio"/> Regelprüfung	
b.	<input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftige, Angehörige u.ä.) <input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung	
c.	<input type="radio"/> nach Regelprüfung <input type="radio"/> nach Anlassprüfung	
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	20.12.2016	
	TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben	TT.MM.JJJJ

zu e.) Die letzte Qualitätsprüfung erfolgte am 20.12. und 21.12.2016.

1.5 Versorgungssituation					
	Gesamt	davon Leistungsempfänger nach:			
		ausschließlich SGB XI	ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
versorgte Personen	130	16	37	36	41
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte	0				

Unterteilung der nach SGB XI Versorgten nach Pflegegraden am Prüftag:

- Pflegegrad 2 - 31 Versicherte
- Pflegegrad 3 - 13 Versicherte
- Pflegegrad 4 - 8 Versicherte.

1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	1
d. Blasenkatheter	1
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	2
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

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

	ja	nein	t.n.z.
1.8 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?			<input checked="" type="checkbox"/> tnz

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

2. Zusammenfassende Beurteilung

Bereich Struktur- und Prozessqualität

Insgesamt ist festzustellen, dass die Maßnahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vollständig hinterlegt sind und überwiegend qualitätssichernd umgesetzt worden sind.

Erforderlicher Optimierungsbedarf - hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität - findet sich unter Punkt 3.

Bereich Prozess- und Ergebnisqualität

In die Ergebnisüberprüfung konnten richtliniengetreu acht Versicherte integriert werden. Mit allen Versicherten konnte ein Gespräch geführt werden. Alle brachten - entsprechend ihrer kognitiven Fähigkeiten - ihre hohe Zufriedenheit mit der Arbeit der Einrichtung zum Ausdruck. Bei der Inaugenscheinnahme deren Haut-/Pflegezustände wurde bei einem Versicherten (P 3) ein unangemessener Pflegezustand auffällig. Bei sachgerecht durchgeführter Körperpflege hätte den Pflegekräften dies im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeit auffallen und eine fachgerechte Versorgung erfolgen müssen. Pflegerische Sorgfalt ist dem Pflegedienst hier abzuerkennen. Bei den weiteren Versicherten gab es dahingehend keine Beanstandungen.

Insgesamt ist einzuschätzen und positiv hervorzuheben, dass die Pflegedokumentationen vollständig den konkreten Hilfebedarf der Versicherten aufzeigen. Eine Handlungsanleitung liegt für die Mitarbeiter vor.

Die behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Versicherten erfolgen entsprechend der ärztlichen Anordnungen sachlich und fachlich korrekt.

Zukünftig ist jedoch darauf zu achten, Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bzw. mit entsprechender Delegationen einzusetzen.

Zu den im Bericht aufgezeigten Abweichungen von der Anforderung herrschte Konsens. Durch das Prüfteam wurde an beiden Prüftagen sowohl positive Aspekte hervorgehoben, als auch den Gesprächspartnern entsprechende Empfehlungen bzw. eine notwendige Maßnahmeneinleitung zur Qualitätssicherung bzw. Qualitätsverbesserung gegeben.

Die Qualitätsprüfung und Beratung verlief in einer sehr freundlichen, sachlichen und kooperativen Atmosphäre.

Zusammengefasste Abrechnungsprüfung

Bei 2 von 8 Versicherten wurde In der Abrechnungsprüfung mindestens eine Auffälligkeit festgestellt.

Bei den 2 Versicherten mit Auffälligkeiten wurden über alle Bewertungsfragen hinweg insgesamt 2 Auffälligkeiten festgestellt.

Davon entfielen 0 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB XI.

Davon entfielen 2 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB V.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Maßnahmen

zur Struktur- und Prozessqualität: keine

zur Prozess- und Ergebnisqualität:

Frage	Maßnahme	Frist
13.4	<i>Die Körperpflege muss im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung sein.</i>	<i>Entsprechende Maßnahmen sind unverzüglich umzusetzen.</i>
13.6	<i>Die Mitarbeiter müssen entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt werden.</i>	<i>Entsprechende Maßnahmen sind unverzüglich umzusetzen.</i>

Datum, Herr Maleika - Pflegefachkraft MDK
M-V e.V.

Datum, Herr Wiechmann - Pflegefachkraft MDK
M-V e.V. (am 1. Prüftag)

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

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

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst
Kapitel 2 Allgemeine Angaben
Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal
Kapitel 4 Ablauforganisation
Kapitel 5 Qualitätsmanagement
Kapitel 6 Hygiene

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

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu den Leistungsbeziehern
Kapitel 8 Behandlungspflege
Kapitel 9 Mobilität
Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 11 Ausscheidung
Kapitel 12 Umgang mit Demenz
Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung (siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

2.3 (T26) Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen entstehenden Kosten erstellt?

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

3.8 Zusammensetzung Personal							
Basis für Vollzeit Stunden/Woche					40,00		
Geeignete Kräfte:	Vollzeit		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	
Pflege							
Verantwortliche Pflegefachkraft	40,00	1					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft			35,00	1			0,88
Altenpfleger(in)	40,00	1					1,00
(Gesundheits-) und Krankenpfleger(in)	40,00	3	35,00	2			4,75
Krankenpflegehelfer (in)	40,00	2					2,00
angelernete Kräfte	40,00	5	35,00 30,00	4 1			9,25

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Die Anforderung wurde erfüllt.

Anmerkung: Soll-, Ist- und Ausfallzeiten lassen sich externen Dokumenten entnehmen.

4.5 Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

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

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

6.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?

Die Anforderung wurde erfüllt.

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

Die Anforderung wurde erfüllt.

P1

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	23.11.2017	Uhrzeit	12:40	Nummer Erhebungsbogen	P1

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 1
b. Pflegekasse	AOK Nordost Pflege-Vertragsmanagement Mecklenburg-Vorpommern Birgit Müller Potsdamer Straße 20 14513 Teltow
c. Geburtsdatum	1941
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.07.2017
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	u.a. Adipositas per magna, Hypertonie
f. Pflegegrad <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Der Vorsorgebevollmächtigte wurde persönlich informiert, welcher nach ausführlicher Information über Anlass und Zweck sein Einverständnis zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung gab und dieser beiwohnte.

Für den Versicherten liegt eine ärztliche Verordnung vor vom 01.10. - 31.12.2017 über:

- Medikamente herrichten und verabreichen 2x täglich / 7x wöchentlich
- Kompressionsstrümpfe anziehen / ausziehen 2x täglich / 7x wöchentlich.

Laut Kostenvoranschlag vom 12.09.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:

- LK 1 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 5 - 2x täglich / 7x wöchentlich
- LK 6 - 2x täglich / 7x wöchentlich (Bett richten)
- LK 9a - 2x täglich / 7x wöchentlich.

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Herr Maleika
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Inhaberin/verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Angehöriger

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

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

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Pflegebett, Rollator (ungenutzt)

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt		<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Beschreibung		
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) beide Arme aktiv frei beweglich	
b.	Bewegungsfähigkeit untere	beide Beine kraftgemindert und verlangsamt aktiv frei	

Extremitäten	beweglich
c. Lageveränderung im Bett	verlangsamt selbstständig
d. Aufstehen	mit Abstützen und Hilfe vom Pflegepersonal
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	frei, Lagerveränderung im Sitzen ist erschwert selbstständig möglich
f. Stehen	mit Abstützen
g. Gehen	wenige Schritte in Begleitung einer Pflegekraft möglich

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

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

	ja nein tnz
9.5 Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

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

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
b. Aktuelle Größe	159 cm
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

Die Sicherstellung erfolgt durch die Angehörigen.

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

Die Sicherstellung erfolgt durch die Angehörigen.

Kapitel 11 Ausscheidung

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

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

	ja	nein	tnz
11.4 (T10) Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T11) Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten
Beschreibung

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

Am Prüftag wurde die Haut am Unterbauch des Versicherten in Augenschein genommen. Hierbei erhielt der Prüfer sowie der Versicherte Hilfestellungen von der anwesenden Pflegefachkraft. Zu jeder Zeit wurde das Schamgefühl des Versicherten gewahrt.

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

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

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

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

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

Bei Überprüfung des Durchführungsnachweises fiel auf, dass die Medikamentengabe u.a. am 06.11. und 07.11.2017 abends durch die Pflegehilfskraft mit dem Handzeichen "Du" als erbracht bestätigt wurde. Eine adäquate Delegierungserklärung für den Mitarbeiter, in der mehrfache fachliche Anleitungen und praktische Übungen ersichtlich sind, konnte nicht vorgelegt werden.

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvorschlag vom 12.09.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 11.09.2017 Di. 12.09.2017 Mi. 13.09.2017	

Do. 14.09.2017 Fr. 15.09.2017 Sa. 16.09.2017 So. 17.09.2017
--

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

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

- LK 1 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 5 - 2x täglich / 7x wöchentlich
- LK 9a - 2x täglich / 7x wöchentlich.

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:

- LK 1 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 5 - 2x täglich / 7x wöchentlich
- LK 9a - 2x täglich / 7x wöchentlich.

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

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

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

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 11.09.2017 Di. 12.09.2017 Mi. 13.09.2017 Do. 14.09.2017 Fr. 15.09.2017	

Sa. 16.09.2017 So. 17.09.2017

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

- LK 6 - 2x täglich / 7x wöchentlich.

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

- LK 6 - 2x täglich / 7x wöchentlich.

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
31 - Verbände	genehmigt	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7	29.07.2017	30.09.2017
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	genehmigt	- verabreichen	2	7	29.07.2017	30.09.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Gepürfter Abrechnungszeitraum: Mo. 11.09.2017 Di. 12.09.2017 Mi. 13.09.2017	

Do. 14.09.2017
Fr. 15.09.2017
Sa. 16.09.2017
So. 17.09.2017

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

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

Wenn nein:
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen

Bei Überprüfung des Durchführungsnachweises fiel auf, dass das Anziehen der Kompressionsstrümpfe und die Medikamentengabe am 16.09.2017 morgens sowie die Medikamentengabe am 13.09. und 16.09.2017 abends durch die Pflegehilfskraft mit dem Handzeichen "Du" als erbracht bestätigt wurde. Eine adäquate Delegationserklärung für den Mitarbeiter, in der mehrfache fachliche Anleitungen und praktische Übungen ersichtlich sind, konnte nicht vorgelegt werden. Somit wird offenbar, dass im geprüften Abrechnungszeitraum Qualifikationsanforderungen unterlaufen wurden.

P2

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	23.11.2017	Uhrzeit	11:57	Nummer Erhebungsbogen	P2

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 2
b. Pflegekasse	VIACTIV Krankenkasse Universitätsstraße 43 44789 Bochum
c. Geburtsdatum	1936
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	03.11.2014
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen	u.a. Diabetes mellitus Typ II,

des Pflegedienstes	Osteoporose, Gicht
f. Pflegegrad ● 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Für den Versicherten liegt eine ärztliche Verordnung vor vom 01.07. - 31.12.2017 über:
- Medikamente herrichten und verabreichen 2x täglich / 7x wöchentlich.

Laut Kostenvoranschlag vom 11.07.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:

- LK 2 - 1x täglich / 7x wöchentlich (ohne Bezug zur Mobilität)
- LK 13 - 1x täglich / 7x wöchentlich.

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Herr Maleika
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Inhaberin/verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

	ja	nein	tnz
8.17 (T20) Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Rollator, Brille

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) beide Arme aktiv frei beweglich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	beide Beine aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	mit Abstützen
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	frei, selbstständig
f. Stehen	frei
g. Gehen	innerhalb frei, situativ unter Halten am Mobiliar, außerhalb unter Nutzung des Rollators, geringe Schritthöhe/-länge

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

	ja	nein	tnz
9.5 Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
b. Aktuelle Größe	160 cm
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig

<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten
--

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

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

Kapitel 11 Ausscheidung

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

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Am Prüftag wurde die Haut am rechten Bein des Versicherten in Augenschein genommen. Hierbei erhielt der Prüfer sowie der Versicherte Hilfestellungen von der anwesenden Pflegefachkraft. Zu jeder Zeit wurde das Schamgefühl des Versicherten gewahrt.

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

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

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

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

Bei Überprüfung des Durchführungsnachweises für November fiel auf, dass die Medikamentengabe am 06.11. und 07.11.2017 abends und 17.11.2017 morgens durch die Pflegehilfskraft mit dem Handzeichen "Du" als erbracht bestätigt wurde. Eine adäquate Delegationserklärung für den Mitarbeiter, in der mehrfache fachliche Anleitungen und praktische Übungen ersichtlich sind, konnte nicht vorgelegt werden.

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvoranschlag vom 11.07.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Gepürfter Abrechnungszeitraum: So. 03.09.2017 Mo. 04.09.2017 Di. 05.09.2017 Mi. 06.09.2017 Do. 07.09.2017 Fr. 08.09.2017 Sa. 09.09.2017	

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

Folgende Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:
- LK 2 - 1x täglich / 7x wöchentlich.

--	--

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:

- LK 2 - 1x täglich / 7x wöchentlich.

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

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

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

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: So. 03.09.2017 Mo. 04.09.2017 Di. 05.09.2017 Mi. 06.09.2017 Do. 07.09.2017 Fr. 08.09.2017 Sa. 09.09.2017	

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

- LK 13 - 1x täglich / 7x wöchentlich.

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

- LK 13 - 1x täglich / 7x wöchentlich.

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

14.1.15 Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	--

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	genehmigt	- verabreichen	2	7	01.06.2017	31.12.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: So. 03.09.2017 Mo. 04.09.2017 Di. 05.09.2017 Mi. 06.09.2017 Do. 07.09.2017 Fr. 08.09.2017 Sa. 09.09.2017	

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

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

P3

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage

7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	23.11.2017	Uhrzeit	11:05	Nummer Erhebungsbogen	P3

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 3
b. Pflegekasse	AOK Nordost Pflege-Vertragsmanagement Mecklenburg-Vorpommern Birgit Müller Potsdamer Straße 20 14513 Teltow
c. Geburtsdatum	1925
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	11.12.2014
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	u.a. COPD, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Demenz
f. Pflegegrad ○ 2 ● 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Der Vorsorgebevollmächtigte wurde persönlich informiert, welcher nach ausführlicher Information über Anlass und Zweck sein Einverständnis zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung gab und dieser beiwohnte.

Für den Versicherten liegt eine ärztliche Verordnung vor vom 01.10. - 31.12.2004 über:

- Blutzuckermessung 4x täglich / 4x wöchentlich
- Injektionen s.c. 4x täglich / 7x wöchentlich.

Laut Kostenvoranschlag vom 09.10.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:

- LK 2 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 3 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 6 - 1x täglich / 7x wöchentlich (Bett richten)
- LK 9 - 2x täglich / 7x wöchentlich
- LK 15 - 1x täglich / 1x wöchentlich.

Informationsfrage

7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Herr Maleika
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Inhaberin/verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehepartner/Vorsorgebevollmächtigter

Kapitel 8 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
8.7 (T22) Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
8.19 (T23) Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Brille, Gehstock, Rollator, Pflegebett, Badewannensitz

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) beide Arme aktiv frei beweglich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	beide Beine aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	mit Abstützen
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	frei, selbstständig

f. Stehen	frei
g. Gehen	innerhalb mit Handgehstock, außerhalb unter Nutzung des Rollators, dabei Gangbild nach vorn geneigt, geringe Schritthöhe/-länge

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

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

	ja	nein	tnz
9.5 Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
b. Aktuelle Größe	166 cm
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

Die Sicherstellung erfolgt durch die Pflegeperson.

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

Die Sicherstellung erfolgt durch die Pflegeperson.

Kapitel 11 Ausscheidung

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

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

	ja	nein	tnz
11.4 (T10) Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T11) Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Der Versicherte konnte am Prüftag auf einfachste Fragen sinngebend antworten.

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

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

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) - im 2. und 3. Zehenzwischenraum beider Füße weißliche, aufgeweichte, aufgequollene Ablagerungen - ödematöse Unterschenkel

Am Prüftag wurde die Haut an beiden Füßen des Versicherten in Augenschein genommen. Hierbei erhielt der Prüfer sowie der Versicherte Hilfestellungen von der anwesenden Pflegefachkraft. Zu jeder Zeit wurde das Schamgefühl des Versicherten gewahrt.

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

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

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

Im Rahmen des LK 2 erfolgt täglich morgens eine Ganzkörperpflege. Diese wurde am Prüftag im Durchführungsnachweis als erbracht bestätigt. Im Rahmen der Inaugenscheinnahme wurde ein grundpflegerisches Defizit (siehe 13.1 b - erster Spiegelstrich) festgestellt. Bei adäquat durchgeführter Körperpflege am Prüftag hätte dieses auffallen und behoben werden müssen. Die Körperpflege ist somit nicht angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes zu beurteilen. Eine Ablehnung zur Durchführung der Körperpflege ist aus dem Gespräch mit dem Versicherten und dem Vorsorgebevollmächtigten nicht abzuleiten.

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

Bei Überprüfung des Durchführungsnachweises fiel auf, dass die Blutzuckermessungen und die Insulininjektionen u.a. am 06.11. und 07.11.2017 abends durch die Pflegehilfskraft mit dem Handzeichen "Du" als erbracht bestätigt wurde. Eine adäquate Delegationserklärung für den Mitarbeiter, in der mehrfache fachliche Anleitungen und praktische Übungen ersichtlich sind, konnte nicht vorgelegt werden.

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvoranschlag vom 11.09.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 12.09.2017 Mi. 13.09.2017 Do. 14.09.2017 Fr. 15.09.2017 Sa. 16.09.2017 So. 17.09.2017 Mo. 18.09.2017	

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

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

- LK 2 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 9 - 1x täglich / 7x wöchentlich.

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:

- LK 2 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 9 - 1x täglich / 7x wöchentlich.

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

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

Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen	
--	--

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

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 12.09.2017 Mi. 13.09.2017 Do. 14.09.2017 Fr. 15.09.2017 Sa. 16.09.2017 So. 17.09.2017 Mo. 18.09.2017	

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

- LK 6 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 15 - 1x täglich / 1x wöchentlich.

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

- LK 6 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 15 - 1x täglich / 1x wöchentlich.

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

			x tgl.	x wtl.	vom	bis
18 - Injektionen	genehmigt	- s. c.	4	7	01.07.2017	30.09.2017
11 - Blutzuckermessung	genehmigt	-	4	7	01.07.2017	30.09.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mi. 06.09.2017 Do. 07.09.2017 Fr. 08.09.2017 Sa. 09.09.2017 So. 10.09.2017 Mo. 11.09.2017 Di. 12.09.2017	

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

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

Bei Überprüfung des Durchführungsnachweises fiel auf, dass die Blutzuckermessungen und die Insulininjektionen am 07.09. und 12.09.2017 morgens sowie am 11.09.2017 morgens und mittags durch die Pflegehilfskraft mit dem Handzeichen "Du" als erbracht bestätigt wurde. Eine adäquate Delegationserklärung für den Mitarbeiter, in der mehrfache fachliche Anleitungen und praktische Übungen ersichtlich sind, konnte nicht vorgelegt werden.

P4

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	23.11.2017	Uhrzeit	11:47	Nummer Erhebungsbogen	P4

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 4

b. Pflegekasse	AOK Nordost Pflege-Vertragsmanagement Mecklenburg-Vorpommern Birgit Müller Potsdamer Straße 20 14513 Teltow
c. Geburtsdatum	1943
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	25.06.2013
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	u.a. Osteoporose, KHK, Hypertonie, Niereninsuffizienz
f. Pflegegrad ● 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Für den Versicherten liegt eine ärztliche Verordnung vor vom 01.01. bis zum 31.12.2017 über:
 - Medikamente herrichten und verabreichen 2x täglich / 7x wöchentlich
 - Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen 2x täglich / 7x wöchentlich.

Laut Kostenvoranschlag vom 12.09.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:

- LK 1 - 1x täglich / 4x wöchentlich (keine Begleitung zur Waschgelegenheit inklusive)
- LK 3 - 1x täglich / 7x wöchentlich (keine Begleitung zur Waschgelegenheit inklusive)
- LK 4 - 1x täglich / 3x wöchentlich (keine Begleitung zur Waschgelegenheit inklusive).

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

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

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

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Unterarmgehstütze, Rollator, Kompressionsstrümpfe der KKL II, Brille, Hörgeräte beidseitig

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Arme aktiv frei beweglich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Beine aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	mit Abstützen
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	frei
f. Stehen	mit Festhalten
g. Gehen	mit Unterarmgehstütze im Innenbereich, mit Rollator im Außenbereich

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

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
b.	Aktuelle Größe	167 cm
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

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

Kapitel 11 Ausscheidung

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

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Am Prüftag wurde die Haut hinter den Ohren des Versicherten in Augenschein genommen. Zu jeder Zeit wurde das Schamgefühl des Versicherten gewahrt.

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvoranschlag vom 12.09.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 09.10.2017 Di. 10.10.2017 Mi. 11.10.2017 Do. 12.10.2017 Fr. 13.10.2017 Sa. 14.10.2017 So. 15.10.2017	

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

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

- LK 1 - 1x täglich / 4x wöchentlich
- LK 3 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 3x wöchentlich.

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

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

- LK 1 - 1x täglich / 4x wöchentlich
- LK 3 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 3x wöchentlich.

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

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

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	verordnet	- verabreichen	2	7	01.01.2017	31.12.2017
31 - Verbände	verordnet	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7	01.01.2017	31.12.2017

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

Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 09.10.2017 Di. 10.10.2017 Mi. 11.10.2017 Do. 12.10.2017 Fr. 13.10.2017 Sa. 14.10.2017 So. 15.10.2017
--

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

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

P5

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	23.11.2017	Uhrzeit	12:24	Nummer Erhebungsbogen	P5

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 5
b. Pflegekasse	DAK Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern Ellen Skidzun Dr.-Külz-Str. 18-20 19053 Schwerin
c. Geburtsdatum	1955
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	14.10.2015
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	u.a. Multiple Sklerose
f. Pflegegrad <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	

g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Laut Kostenvoranschlag vom 12.01.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:

- LK 2 - 1x täglich / 2x wöchentlich
- LK 5 - 3x täglich / 2x wöchentlich
- LK 6 - 1x täglich / 2x wöchentlich (Richten des Bettes)
- LK 9 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

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

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Brille, Rollstuhl, Treppenlift, Antidekubitussitzkissen

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Arme aktiv frei beweglich, Kraftlosigkeit in den Armen	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	linkes Bein in ca. 90° Beugstellung, am Prüftag keine weitere Mobilität des Beines vorhanden, rechtes Bein	

	verlangsamt aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	personelle Unterstützung notwendig
d. Aufstehen	personelle Unterstützung notwendig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	frei im Rollstuhl, Lageveränderung im Sitzen mit personeller Unterstützung
f. Stehen	kurzzeitig mit personeller Unterstützung
g. Gehen	nicht möglich, passive Rollstuhlnutzung

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

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

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

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung
b. Aktuelle Größe	176 cm
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

Eine Versorgung in diesem Bereich erfolgt durch die Angehörigen.

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

Eine Versorgung in diesem Bereich erfolgt durch die Angehörigen.

Kapitel 11 Ausscheidung

11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
e. <input checked="" type="checkbox"/> Sonstigem	Urostoma

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

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

	ja	nein	tnz
11.4 (T10) Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T11) Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten
Beschreibung
a. (Beschreibung nicht erforderlich)

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

Am Prüftag wurde die Haut hinter den Ohren des Versicherten in Augenschein genommen. Zu jeder Zeit wurde das Schamgefühl des Versicherten gewahrt.

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvoranschlag vom 12.01.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 05.10.2017 Di. 10.10.2017 Do. 12.10.2017 Di. 17.10.2017 Do. 19.10.2017 Di. 24.10.2017 Do. 26.10.2017	

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

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

- LK 2 - 1x täglich / 2x wöchentlich
- LK 5 - 3x täglich / 2x wöchentlich
- LK 9a - 1x täglich / 2x wöchentlich.

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

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

- LK 2 - 1x täglich / 2x wöchentlich
- LK 5 - 3x täglich / 2x wöchentlich
- LK 9a - 1x täglich / 2x wöchentlich.

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

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

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

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 03.10.2017 Do. 05.10.2017 Di. 10.10.2017 Do. 12.10.2017 Di. 17.10.2017 Do. 19.10.2017 Di. 24.10.2017	

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

Folgende Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

- LK 6 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

--	--

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

Folgende Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

- LK 6 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

P6

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	23.11.2017	Uhrzeit	13:04	Nummer Erhebungsbogen	P6

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 6
b. Pflegekasse	AOK Nordost Pflege-Vertragsmanagement Mecklenburg-Vorpommern Birgit Müller Potsdamer Straße 20 14513 Teltow
c. Geburtsdatum	1925
d.	02.08.2013

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

Für den Versicherten liegt eine ärztliche Verordnung vor vom 05.01.2017 bis zum 09.01.2018 über:

- Medikamente herrichten und verabreichen 3x täglich / 7x wöchentlich
- Injektionen s.c. 3x täglich / 7x wöchentlich.

Laut Kostenvoranschlag vom 11.01.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:

- LK 3 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 6 - 3x täglich / 7x wöchentlich
- LK 9a - 3x täglich / 7x wöchentlich
- LK 17 - 3x täglich / 7x wöchentlich.

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

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

	ja	nein	tnz
8.19 (T23) Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Pflegebett, Rollator (ungenutzt), Beistelltisch

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Arme aktiv frei beweglich, Bewegungsabläufe unkoordiniert
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Beine aktiv frei beweglich, Bewegungsabläufe unkoordiniert
c. Lageveränderung im Bett	mit personeller Unterstützung
d. Aufstehen	mit personeller Unterstützung
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	kurzzeitig auf dem Toilettenstuhl
f. Stehen	kurzzeitig im Rahmen von Transferleistungen
g. Gehen	nicht möglich

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

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

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

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

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

9.8 (T12)	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	● ○ ○
---------------------	--	-----------

		ja nein tnz
9.9 (T13)	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	
b.	Aktuelle Größe	156 cm
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

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

		ja nein tnz
10.5 (T6)	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 tnz
10.6 (T7)	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	● ○ ○

		ja nein tnz
10.7 (T4)	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	● ○ ○

		ja nein tnz
10.8 (T9)	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	tnz
10.9 Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der (T8) Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme (T7) nachvollziehbar durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.11 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im (T3) Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 11 Ausscheidung

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

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

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

	ja	nein	tnz
11.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (T10)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (T11)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Der Versicherte ist situativ unsicher orientiert, am Prüftag in der Lage, einfache Fragen zu beantworten.

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Am Prüftag wurde die Haut beider Füße des Versicherten in Augenschein genommen. Zu jeder Zeit wurde das Schamgefühl des Versicherten gewahrt.

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

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvoranschlag vom 11.01.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 18.09.2017 Di. 19.09.2017	

Mi. 20.09.2017 Do. 21.09.2017 Fr. 22.09.2017 Sa. 23.09.2017 So. 24.09.2017
--

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

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

- LK 3 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 6 - 3x täglich / 7x wöchentlich
- LK 9a - 3x täglich / 7x wöchentlich
- LK 17 - 3x täglich / 7x wöchentlich.

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

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

- LK 3 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 4 - 1x täglich / 7x wöchentlich
- LK 6 - 3x täglich / 7x wöchentlich
- LK 9a - 3x täglich / 7x wöchentlich
- LK 17 - 3x täglich / 7x wöchentlich.

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

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

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	verordnet	- verabreichen	3	7	05.01.2017	08.01.2018
18 - Injektionen	verordnet	- s. c.	3	7	05.01.2017	08.01.2018

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 18.09.2017 Di. 19.09.2017 Mi. 20.09.2017 Do. 21.09.2017 Fr. 22.09.2017 Sa. 23.09.2017 So. 24.09.2017	

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

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

P7

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	24.11.2017	Uhrzeit	09:49	Nummer Erhebungsbogen	P7

Informationsfrage					

7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 7
b. Pflegekasse	Knappschaft Qualitätssicherung/Abrechnungsprüfung Postfach Knappschaft - Bahn - See 44781 Bochum
c. Geburtsdatum	1951
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	01.06.2017
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	u.a. Maligne Lymphome, Asthma bronchiale
f. Pflegegrad ○ 2 ● 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Für den Versicherten liegt eine ärztliche Verordnung vor vom 04.10. - 31.12.2017 über:
- Kompressionsstrümpfe anziehen 1x täglich / 7x wöchentlich.

Laut Kostenvoranschlag vom 06.11.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:
- LK 4 - 1x täglich / 5x wöchentlich (ohne Bezug zur Mobilität).

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Herr Maleika
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretenden verantwortliche Pflegefachkraft Inhaberin/verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehepartner

Kapitel 8 Behandlungspflege

	ja nein
--	------------

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

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Rollstuhl, Kompressionskniestrümpfe Klasse II, Brille

9.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) beide Arme aktiv frei beweglich, geminderte Greifkraft beidseits
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	beide Beine aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	mit Abstützen
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	frei, selbstständig
f. Stehen	frei
g. Gehen	innerhalb frei, situativ unter Halten am Mobiliar, leicht schwankendes Gangbild, im Außenbereich passive Rollstuhlnutzung

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

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

10.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
b.	Aktuelle Größe	166 cm
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

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

Kapitel 11 Ausscheidung

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

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

Die Sicherstellung erfolgt durch den Ehepartner.

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1	Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten
	Beschreibung

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

Am Prüftag wurden die Fingernägel sowie die Haut hinter den Ohren des Versicherten in Augenschein genommen. Hierbei erhielt der Prüfer sowie der Versicherte Hilfestellungen von der anwesenden Pflegefachkraft. Zu jeder Zeit wurde das Schamgefühl des Versicherten gewahrt.

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

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvoranschlag vom 02.06.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Gepürfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.10.2017 Di. 03.10.2017 Mi. 04.10.2017 Do. 05.10.2017 Fr. 06.10.2017 Mo. 09.10.2017 Di. 10.10.2017	

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

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

- LK 1 - 1x täglich / 4x wöchentlich
- LK 2 - 1x täglich / 1x wöchentlich.

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:

- LK 1 - 1x täglich / 4x wöchentlich
- LK 2 - 1x täglich / 1x wöchentlich.

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

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

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

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 02.10.2017 Di. 03.10.2017 Mi. 04.10.2017 Do. 05.10.2017 Fr. 06.10.2017 Mo. 09.10.2017 Di. 10.10.2017	

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in

Rechnung gestellt:

- LK 13 - 1x täglich / 5x wöchentlich.

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

- LK 13 - 1x täglich / 5x wöchentlich.

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

14.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?					
Pos LV - Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.M.JJJJ	
			x tgl.	x wtl.	vom	bis
31 - Verbände	genehmigt	- An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	1	7	04.10.2017	31.12.2017

14.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 05.10.2017 Fr. 06.10.2017 Mo. 09.10.2017 Di. 10.10.2017 Mi. 11.10.2017 Do. 12.10.2017 Fr. 13.10.2017	

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

	ja nein tnz
Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten	

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

P8

Kapitel 7 Allgemeine Angaben zu dem Pflegebedürftigen

Informationsfrage					
7.1 Auftragsnummer:			171123VA21000112-000006768		
Datum	24.11.2017	Uhrzeit	10:09	Nummer Erhebungsbogen	P8

Informationsfrage	
7.2 Angaben zum Pflegebedürftigen	
a. Name	P 8
b. Pflegekasse	BARMER GEK Abteilung Pflege Ingrid Drolshagen Lichtscheider Str. 89 42285 Wuppertal
c. Geburtsdatum	1931
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	28.09.2015
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes	u.a. Hypertonie, Niereninsuffizienz
f. Pflegegrad ● 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach §37 SGB V	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Laut Kostenvoranschlag vom 11.01.2017 erhält der Versicherte durch den Pflegedienst folgende Leistungen:

- LK 2 - 1x täglich / 2x wöchentlich
- LK 6 - 1x täglich / 2x wöchentlich
- LK 13 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

Informationsfrage	
7.3 Anwesende Personen	
a. Name des Gutachters	Herr Maleika
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes	stellvertretenden verantwortliche Pflegefachkraft Inhaberin/verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 8 Behandlungspflege

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

Kapitel 9 Mobilität

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

Hilfsmittel: Brille

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

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

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

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

Kapitel 10 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

--	--

10.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung
b.	Aktuelle Größe 157 cm
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten <input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e.	Flüssigkeitsversorgung <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

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

Kapitel 11 Ausscheidung

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

Kapitel 12 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 13 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.1	Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten
	Beschreibung
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten (Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) Es erfolgte keine Inaugenscheinnahme des Hautzustandes, da der Versicherte lediglich 2x wöchentlich (nicht am Prüftag) Hilfestellung beim Duschen erhält.

Der Versicherte wirkte optische gepflegt.

--

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

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

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

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

Kapitel 14 Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

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

Es liegt ein von der Pflegeeinrichtung und vom Versicherten unterzeichneter Pflegevertrag mit beigefügtem Kostenvoranschlag vom 11.01.2017 vor. Dieser umfasst die aktuell zu berechnenden Leistungen.

14.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Sa. 07.10.2017 Di. 10.10.2017 Sa. 14.10.2017 Di. 17.10.2017 Sa. 21.10.2017 Di. 24.10.2017 Sa. 28.10.2017	

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

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

- LK 2 - 1x täglich / 2x wöchentlich
- LK 6 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

--	--

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:

- LK 2 - 1x täglich / 2x wöchentlich
- LK 6 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

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

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

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

14.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Sa. 07.10.2017 Di. 10.10.2017 Sa. 14.10.2017 Di. 17.10.2017 Sa. 21.10.2017 Di. 24.10.2017 Sa. 28.10.2017	

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt:

- LK 13 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

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

Folgende Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart:

- LK 13 - 1x täglich / 2x wöchentlich.

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

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

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

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

Kapitel 16 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

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

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

ja 5 Pflegebedürftigen
keine Angaben 3 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

ja 6 Pflegebedürftigen
keine Angaben 2 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

immer 7 Pflegebedürftigen
keine Angaben 1 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

ja 8 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

immer 6 Pflegebedürftigen
keine Angaben 2 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

ja 7 Pflegebedürftigen
keine Angaben 1 Pflegebedürftigen

16.9 (T45) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

immer 8 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 7 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

immer 6 Pflegebedürftigen
keine Angaben 1 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 3 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

immer 1 Pflegebedürftigen
keine Angaben 2 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

immer 7 Pflegebedürftigen
keine Angaben 1 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 5 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

immer 4 Pflegebedürftigen
keine Angaben 1 Pflegebedürftigen

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

Die Frage traf für 2 von 8 in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftigen zu.

keine Angaben 2 Pflegebedürftigen