

QPR – Teil 1a Ambulante Pflegedienste

Anlage 1

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in ambulanten Pflegediensten

18.12.2019

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in ambulanten Pflegediensten

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung

- ja
- nein
- t. n. z. = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe

- MA = Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter
- PFK = Pflegefachkraft

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

| <small>M/Info</small> | |
|-----------------------|-----------------|
| 1.1 | Auftragsnummer: |

| M/Info | | |
|--------|--|--|
| 1.2 | Daten zum Pflegedienst | |
| a. | Name | |
| b. | Straße | |
| c. | PLZ / Ort | |
| d. | Institutionskennzeichen (IK) | 1. |
| | | 2. |
| | | 3. |
| | | 4. |
| e. | Telefon | |
| f. | Fax | |
| g. | E-Mail | |
| h. | Internet-Adresse | |
| i. | Träger / Inhaber | |
| j. | Trägerart | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln |
| k. | ggf. Verband | |
| l. | Datum Abschluss Versorgungsvertrag | |
| m. | Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes | |
| n. | Verantw. PFK Name | |
| o. | Stellv. verantw. PFK Name | |
| p. | ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen | |
| q. | Zertifizierung | <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor |
| r. | Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V | <input type="checkbox"/> ja |
| s. | Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS | |

| | | |
|----|---|--|
| t. | E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS | |
| u. | Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS | |
| v. | Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS | |
| w. | Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| M/Info | | |
|------------------------------|---|--|
| 1.3 Daten zur Prüfung | | |
| a. | Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen | <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek |
| b. | Prüfung durch | <input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst |
| c. | Datum | |
| | | von TT.MM.JJJJ |
| d. | Uhrzeit | |
| | | von |
| | 1. Tag | |
| | | von |
| | 2. Tag | |
| | | von |
| 3. Tag | von | bis |
| e. | Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Pflegedienstes | |
| f. | Prüfende Gutachterin oder prüfender Gutachter | |
| g. | An der Prüfung Beteiligte <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche? | Namen |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| h. | Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner des MDK/PKV-Prüfdienstes | Name |
| | | E-Mailadresse |

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

| <small>M/Info</small> | | | | | |
|---------------------------------------|--------|--------------------------|-------------------------|---------------------|----------|
| 1.5 Versorgungssituation | | | | | |
| | | davon | | | |
| | Gesamt | Ausschließlich SGB XI | Ausschließlich SGB V | SGB XI und SGB V | Sonstige |
| Versorgte Personen | | | | | |
| davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte | | | | | |

| <small>M/Info</small> | |
|---|---------------------------|
| 1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit: | |
| a. | Wachkoma |
| b. | Beatmungspflicht |
| c. | Dekubitus |
| d. | Blasenkatheter |
| e. | PEG-Sonde |
| f. | Fixierung |
| g. | Kontraktur |
| h. | vollständiger Immobilität |
| i. | Tracheostoma |
| j. | Multiresistenten Erregern |

| M/Info | |
|--------|--|
| 1.7 | Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie: |
| a. | Ziffer 6 Absaugen |
| b. | Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung |
| c. | Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle, |
| d. | Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der, |
| e. | Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen, |
| f. | Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde |

| M/Info | | ja | nein |
|-------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.8 | Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher? | | | |

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.9 | Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | | |
| a. | schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| b. | Pflegfachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| c. | Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | | |
| d. | vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| M/Info | | ja | nein |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.10 | Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen | | |
| c. | <input type="checkbox"/> Behandlungspflege | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Rufbereitschaft | | |
| f. | <input type="checkbox"/> Nachtdienst | | |

2. Allgemeine Angaben

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

3. Aufbauorganisation Personal

| | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 | Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich geregelt? | ja | nein | t. n. z. | E. |
| | <small>B</small> | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/T32/B</small> | | | | |
| b. | Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>B</small> | | | | |
| c. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>B</small> | | | | |
| d. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <small>B</small> | | | | |
| e. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <small>B</small> | | | | |
| f. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <small>M/T33/B</small> | | | | |
| g. | Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>Info</small> | | ja | nein | E. |
| 3.2 | Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.3 | Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien: | ja | nein |
| | <small>B</small> | | |
| a. | Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>B</small> | | |
| b. | ausreichende Berufserfahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>B</small> | | |
| c. | sozialversicherungspflichtige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>B</small> | | |
| d. | Weiterbildung zur Leitungsqualifikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------|--|
| <small>Info</small> | |
| 3.4 | Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst? |
| | Stunden |

| | | | | |
|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>Info</small> | | ja | nein | E. |
| 3.5 | Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Mit welchem Stundenumfang? | | | |

| Info | | ja | nein | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.6 | Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | ja | nein |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 3.7 | Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien: | | |
| | B | | |
| a. | <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | |
| b. | <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Info | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------|---------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 3.8 Zusammensetzung Personal | | | | | | |
| Pflege | | | | | | |
| | Vollzeit Stunden/Woche | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | | |
| Geeignete Kräfte: | Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen-um- fang | Anzahl MA | Stellen- umfang | Gesamtstellen in Vollzeit |
| Verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | | | | | | |
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | | | | | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | | | | | | |
| Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger | | | | | | |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | | | | | | |
| Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer | | | | | | |
| Medizinische Fachangestellte und Medizinischer Fachangestellter | | | | | | |
| angelernete Kräfte | | | | | | |
| Auszubildende | | | | | | |
| Bundesfreiwilligendienstleistende | | | | | | |
| Freiwilliges soz. Jahr | | | | | | |
| Sonstige | | | | | | |
| Betreuung | | | | | | |
| Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Betreuung | | | | | | |
| Hilfen bei der Haushaltsführung | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | | | | | | |

4. Ablauforganisation

| | | | | | |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 | Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? | ja | nein | | E. |
| | <small>M/B</small> | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| b. | personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <hr/> | | | | | |
| 4.2 | Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben? | ja | nein | | E. |
| | <small>B</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| 4.3 | Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet? | ja | nein | t. n. z. | E. |
| | <small>M/B</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| 4.4 | Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor? | ja | nein | | E. |
| | <small>M/B</small> | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| b. | Soll-, Ist- und Ausfallzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| c. | Zeitpunkt der Gültigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| d. | vollständige Namen (Vor- und Zunamen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| e. | Qualifikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| f. | Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| g. | Legende für Dienst- und Arbeitszeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| h. | Datum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| i. | Unterschrift der verantwortlichen Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <hr/> | | | | | |
| 4.5 | Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor? | ja | nein | | E. |
| | <small>M/B</small> | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | Datum der Gültigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| b. | tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern zu versorgten Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | <small>M/B</small> | | | | |
| c. | Angabe der verantwortlichen Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <hr/> | | | | | |
| 4.6 | Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? | ja | nein | | E. |
| | <small>M/T34/B</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

5. Qualitätsmanagement

| | | | | | |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | | E. |
| 5.1 | Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | Nicht geprüft | E. |
| 5.2 | Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um? | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | Dekubitusprophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. | Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. | Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. | Sturzprophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e. | Kontinenzförderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| f. | Chronische Wunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| g. | Ernährungsmanagement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | ja | nein | | E. |
| 5.3 | Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | aktuell (umfasst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die seit mehr als einer Woche beschäftigt sind) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b. | Nennung der Qualifikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Vor- und Zunamen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| d. | Handzeichen übereinstimmend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/T31/B | | ja | nein | | E. |
| 5.4 | Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.5 | Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt? | ja | nein | t. n. z. | E. |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | | |
| a. | Zielvorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| b. | zeitliche Vorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| c. | inhaltliche Vorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| d. | Pflegfachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| e. | Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| f. | Einarbeitungsbeurteilung im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| g. | Konzept angewandt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <small>M/T29/B</small> | | ja | nein | | E. |
| 5.6 | Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <small>M/T28/B</small> | | ja | nein | | E. |
| 5.7 | Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <small>MT30/B</small> | | ja | nein | | E. |
| 5.8 | Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

6. Hygiene

| | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 6.1 | Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement? | ja | nein | | E. |
| | M/B | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| b. | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| c. | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| d. | innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| e. | alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.2 | Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt? | ja | nein | t. n. z. | E. |
| | M/B | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | Empfehlung zur Händehygiene bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| b. | Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| c. | Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | | |
| d. | Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| e. | Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 6.3 | Stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung? | ja | nein | | E. |
| | M/B | | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | Handschuhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| b. | Händedesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/B | | | | |
| c. | Schutzkleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 6.4 | Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor? | ja | nein | | E. |
| | M/B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

7. Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

7.1 Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst bei spezieller Krankenbeobachtung

| M/Info | | | | | |
|---|--------|-----------------------------|---|---|---------------------|
| 7.1.1 Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung | | | | | |
| | Gesamt | davon | | | |
| | | in der eigenen Häuslichkeit | in einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) | in betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) | Sonstige Wohnformen |
| Versorgte Personen mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie | | | | | |

| M/Info | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------|
| 7.1.2 Nach Angabe des ambulanten Pflegedienstes Anzahl versorgter Personen mit: | | | | |
| | nichtinvasiver Beatmung (Maske) | invasiver Beatmung | Tracheostoma (ohne Beatmung) | Sonstigem |
| Anzahl Personen < 18 Jahre | | | | |
| Anzahl Personen ab 18 Jahre | | | | |

| M/B | |
|---|--|
| 7.1.3 Verfügt der Pflegedienst über eine ausreichende Anzahl von verantwortlichen Pflegefachkräften bzw. Fachbereichsleitungen? | |
| Anzahl verantwortliche Pflegefachkräfte bzw. Fachbereichsleitungen | |

t. n. z.

7.2 Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.2.1 | Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | | | | |
| a. | Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <small>M/B</small> | | | | | |
| b. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- /Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre 6. sind die Voraussetzungen nach 3. oder 5. gegeben: Zusatzqualifikation (mind. 200 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ / „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <small>M/B</small> | | | | | |
| 7.2.2 | Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen die Stellvertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | | | | |
| 7.2.3 | Die für die Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft ist Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.2.4 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | | | |
| a. Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <small>M/B</small> | | | | |
| b. 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahren oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 6. Zusatzqualifikation (mind. 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <small>M/B</small> | | | | |
| c. Neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung sind zum Zeitpunkt der erstmaligen Übernahme der eigenverantwortlichen fachpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.2.5 Die Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei nichtbeatmeten versorgten Personen durchführen, sind Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.3 Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

| | | | | | |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> | <small>E.</small> | |
| 7.3.1 | Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | |
| <small>M/B</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> | <small>t.n.z.</small> | <small>E.</small> |
| 7.3.2 | Ist die pflegfachliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | | | | |
| a. | Regelung liegt vor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <small>M/B</small> | | | | | |
| b. | Regelung umgesetzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

7.4 Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.4.1 | Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | | |
| a. | Zielvorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| b. | zeitliche Vorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| c. | inhaltliche Vorgaben im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| d. | Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| e. | Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| f. | Einarbeitungsbeurteilung im Konzept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| M/B | | | | | |
| g. | Konzept angewandt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | ja | nein | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.4.2 | Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | |

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.4.3 | Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | | |

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.4.4 | Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der im Bereich der Versorgung von beatmungspflichtigen Personen tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an einer spezifischen Fortbildung teilgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | | |

Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person (Prozess- und Ergebnisqualität)

8. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | | |
|--------|--|-----------------|--|-----------------------|--|--|
| 8.1 | | Auftragsnummer: | | | | |
| Datum | | Uhrzeit | | Nummer Erhebungsbogen | | |

| M/Info | | | | | | ja | nein |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 8.2 Angaben zur versorgten Person | | | | | | | |
| a. | | Name | | | | | |
| b. | | Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> | | | | | |
| c. | | Geburtsdatum | | | | | |
| d. | | Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst | | | | | |
| e. | | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes | | | | | |
| f. | | Pflegegrad | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| g. | | Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | | Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Leistungen nach § 37 SGB V | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | | Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | | Die Versorgung erfolgt in | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen | | | | | |
| k. | | Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigter oder Bevollmächtigter) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <small>M/Info</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 8.3 | Orientierung und Kommunikation | | |
| a. | sinnvolles Gespräch möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | nonverbale Kommunikation möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <small>M/Info</small> | |
|-----------------------|--|
| 8.4 | Anwesende Personen |
| a. | Name der Gutachterin oder des Gutachters |
| b. | Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes |
| c. | Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters |
| d. | sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) |

9. Behandlungspflege

| Nr. | Vorbelegung | Prüffrage |
|------|-------------|---|
| 9.1 | t. n. z. | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar? |
| 9.2 | t. n. z. | Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen? |
| 9.3 | t. n. z. | Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht? |
| 9.4 | t. n. z. | Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt? |
| 9.5 | t. n. z. | Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? |
| 9.6 | t. n. z. | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? |
| 9.7 | t. n. z. | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |
| 9.8 | t. n. z. | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |
| 9.9 | t. n. z. | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? |
| 9.10 | t. n. z. | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? |
| 9.11 | t. n. z. | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? |
| 9.12 | t. n. z. | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? |
| 9.13 | t. n. z. | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? |
| 9.14 | t. n. z. | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? |
| 9.15 | t. n. z. | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? |
| 9.16 | t. n. z. | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? |
| 9.17 | t. n. z. | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? |
| 9.18 | t. n. z. | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? |
| 9.19 | t. n. z. | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? |
| 9.20 | t. n. z. | Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 9.21 | t. n. z. | Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 9.22 | t. n. z. | Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? |

| | | |
|------|----------|---|
| 9.23 | t. n. z. | Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? |
| 9.24 | t. n. z. | Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? |
| 9.25 | t. n. z. | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? |
| 9.26 | t. n. z. | Beschreibung vorliegender Wunden |
| 9.27 | t. n. z. | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) |
| 9.28 | t. n. z. | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? |
| 9.29 | t. n. z. | Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? |
| 9.30 | t. n. z. | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? |
| 9.31 | t. n. z. | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? |
| 9.32 | t. n. z. | Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? |
| 9.33 | t. n. z. | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? |

| | | | | | |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T25/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.1 | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.2 | Wird mit dem Absaugen von versorgten Personensachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.3 | Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.4 | Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.5 | Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.6 | Wird mit Blasenpülungen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T21/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.7 | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T22/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.8 | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.9 | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.10 | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.11 | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.12 | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.13 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.14 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.15 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T19/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T20/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.17 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.18 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T23/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.20 | Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.21 | Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|--|--|--------------------------|--|
| M/Info | | | | | nein | |
| 9.22 | Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? | | | | <input type="checkbox"/> | |
| ja: | | | | | | |
| akute Schmerzen | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| chronische Schmerzen | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Von: | | | | | | |
| Gutachterin oder Gutachter beurteilt | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Pflegedienst übernommen | | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.23 | Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.24 | Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 9.25 | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

t. n. z.

M/Info

9.26 Beschreibung vorliegender Wunden

1. Hinterkopf
 2. Ohrmuschel
 3. Schulterblatt
 4. Schulter
 5. Brustbein
 6. Ellenbogen
 7. Sakralbereich
 8. Großer Rollhügel
 9. Gesäß
 10. Knie außen
 11. Kniekehle
 12. Knie innen
 13. Knöchel außen
 14. Fersen
 15. Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

| | | | | | | |
|----------------|---------------------------|--|--|--|------------------------------------|---|
| Wunde 1 | Art | Dekubitus | Ulcus Cruris | Diabetisches Fußsyndrom | sonstige chronische Wunde | sonstige nicht chronische Wunde |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | zu Hause <input type="checkbox"/> | extern <input type="checkbox"/> | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____ | | | | |
| d. | Kategorie/ Stadium | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> |
| e. | Umgebung | weiß <input type="checkbox"/> | rosig <input type="checkbox"/> | gerötet <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> |
| f. | Rand | rosig <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | hart <input type="checkbox"/> | schmerzhaft <input type="checkbox"/> |
| g. | Exsudat | kein <input type="checkbox"/> | wenig <input type="checkbox"/> | viel <input type="checkbox"/> | klar <input type="checkbox"/> | |
| h. | Zustand | fest <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | rosa <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | gelb <input type="checkbox"/> |
| i. | Nekrose | keine <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> | vollständig <input type="checkbox"/> |
| j. | Geruch | kein <input type="checkbox"/> | übel riechend <input type="checkbox"/> | | | |
| Wunde 2 | Art | Dekubitus | Ulcus Cruris | Diabetisches Fußsyndrom | sonstige chronische Wunde | sonstige nicht chronische Wunde |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | zu Hause <input type="checkbox"/> | extern <input type="checkbox"/> | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____ | | | | |
| d. | Kategorie/ Stadium | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> |
| e. | Umgebung | weiß <input type="checkbox"/> | rosig <input type="checkbox"/> | gerötet <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> |
| f. | Rand | rosig <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | hart <input type="checkbox"/> | schmerzhaft <input type="checkbox"/> |
| g. | Exsudat | kein <input type="checkbox"/> | wenig <input type="checkbox"/> | viel <input type="checkbox"/> | klar <input type="checkbox"/> | |
| h. | Zustand | fest <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | rosa <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | gelb <input type="checkbox"/> |
| i. | Nekrose | keine <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> | vollständig <input type="checkbox"/> |
| j. | Geruch | kein <input type="checkbox"/> | übel riechend <input type="checkbox"/> | | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|--------------------------|--------------------------|--|

| M/Info | |
|--------|--|
| 9.27 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) |
| a. | Wunde 1 |
| b. | Wunde 2 |
| c. | Wunde 3 |

t. n. z.

| M/B | |
|------|--|
| 9.28 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? |

ja nein t. n. z. E.

| M/T18/B | |
|---------|--|
| 9.29 | Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? |

ja nein t. n. z. E.

| M/B | |
|------|---|
| 9.30 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? |

ja nein t. n. z. E.

| M/B | |
|------|---|
| 9.31 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? |

ja nein t. n. z. E.

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

ja nein t. n. z. E.

| M/B | |
|------|---|
| 9.33 | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? |

ja nein t. n. z. E.

| M/B | |
|------|--|
| 9.34 | Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? |

ja nein t. n. z. E.

| M/B | |
|------|---|
| 9.35 | Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? |

ja nein t. n. z. E.

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.36 | Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | | | |
| a. | Sturzrisiko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | | |
| b. | Dekubitusrisiko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | | |
| c. | Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | | |
| d. | Inkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | | |
| e. | Demenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | | |
| f. | Körperpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

10. Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

| Nr. | Vorbelegung | Prüffrage |
|-------|-------------|--|
| 10.16 | t. n. z. | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? |
| 10.17 | t. n. z. | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |
| 10.18 | t. n. z. | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |
| 10.19 | t. n. z. | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? |
| 10.20 | t. n. z. | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? |
| 10.21 | t. n. z. | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? |
| 10.22 | t. n. z. | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? |
| 10.23 | t. n. z. | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? |
| 10.24 | t. n. z. | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? |
| 10.25 | t. n. z. | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? |
| 10.26 | t. n. z. | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? |
| 10.27 | t. n. z. | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? |
| 10.28 | t. n. z. | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? |
| 10.29 | t. n. z. | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? |
| 10.30 | t. n. z. | Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 10.31 | t. n. z. | Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 10.33 | t. n. z. | Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? |
| 10.34 | t. n. z. | Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? |
| 10.35 | t. n. z. | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? |
| 10.36 | t. n. z. | Beschreibung vorliegender Wunden |
| 10.37 | t. n. z. | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) |
| 10.38 | t. n. z. | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? |
| 10.39 | t. n. z. | Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? |
| 10.40 | t. n. z. | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? |
| 10.41 | t. n. z. | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? |
| 10.42 | t. n. z. | Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? |
| 10.43 | t. n. z. | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? |

| M/Info | | ja | nein | t. n. z. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.1 | Besteht eine Kooperation | | | <input type="checkbox"/> |
| a | mit einem Beatmungs-/Weaningzentrum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b | mit einem Krankenhaus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. | mit einer oder einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Ärztin oder Arzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| M/Info | | ja | t. n. z. | |
|--------|--|--------------------------|----------|--------------------------|
| 10.2 | Welcher Beatmungszugang liegt vor? | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | nichtinvasive Beatmung mit Nasenmaske | <input type="checkbox"/> | | |
| b. | nichtinvasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske | <input type="checkbox"/> | | |
| c. | nichtinvasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske | <input type="checkbox"/> | | |
| d. | nichtinvasive Beatmung mit Mundstück | <input type="checkbox"/> | | |
| e. | invasive Beatmung mit Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> | | |
| f. | Sonstige | <input type="checkbox"/> | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.3 | Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.4 | Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.5 | Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen über eine entsprechende Zusatzqualifikation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.6 | Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle die Ärztin oder der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.7 | Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person eine oder ein in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder erfahrener Arzt, das Beatmungs-/Weaningzentrum oder ein Krankenhaus informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T25/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.8 | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.9 | Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.10 | Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.11 | Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.12 | Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.13 | Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.14 | Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.15 | Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.16 | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T21/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.17 | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T22/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.18 | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.19 | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.20 | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.21 | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.22 | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.23 | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.24 | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.25 | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T19/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.26 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T20/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.27 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.28 | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T23/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.29 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.30 | Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.31 | Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/Info | | nein | | | |
| 10.32 | Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | | | |
| | ja: | | | | |
| | akute Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | | |
| | chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Von: | | | | |
| | Gutachterin oder Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Pflegedienst übernommen | <input type="checkbox"/> | | | |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.33 | Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.34 | Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 10.35 | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

M/Info

10.36 Beschreibung vorliegender Wunden

1. Hinterkopf
 2. Ohrmuschel
 3. Schulterblatt
 4. Schulter
 5. Brustbein
 6. Ellenbogen
 7. Sakralbereich
 8. Großer Rollhügel
 9. Gesäß
 10. Knie außen
 11. Kniekehle
 12. Knie innen
 13. Knöchel außen
 14. Ferse
 15. Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

| | | | | | | |
|----------------|---------------------------|--|--|--|------------------------------------|---|
| Wunde 1 | Art | Dekubitus | Ulcus Cruris | Diabetisches Fußsyndrom | sonstige chronische Wunde | sonstige nicht chronische Wunde |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | zu Hause <input type="checkbox"/> | extern <input type="checkbox"/> | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____ | | | | |
| d. | Kategorie/Stadium | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> |
| e. | Umgebung | weiß <input type="checkbox"/> | rosig <input type="checkbox"/> | gerötet <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> |
| f. | Rand | rosig <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | hart <input type="checkbox"/> | schmerzhaft <input type="checkbox"/> |
| g. | Exsudat | kein <input type="checkbox"/> | wenig <input type="checkbox"/> | viel <input type="checkbox"/> | klar <input type="checkbox"/> | |
| h. | Zustand | fest <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | rosa <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | gelb <input type="checkbox"/> |
| i. | Nekrose | keine <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> | vollständig <input type="checkbox"/> |
| j. | Geruch | kein <input type="checkbox"/> | übel riechend <input type="checkbox"/> | | | |
| Wunde 2 | Art | Dekubitus | Ulcus Cruris | Diabetisches Fußsyndrom | sonstige chronische Wunde | sonstige nicht chronische Wunde |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | zu Hause <input type="checkbox"/> | extern <input type="checkbox"/> | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____ | | | | |
| d. | Kategorie/Stadium | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> |
| e. | Umgebung | weiß <input type="checkbox"/> | rosig <input type="checkbox"/> | gerötet <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> |
| f. | Rand | rosig <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | hart <input type="checkbox"/> | schmerzhaft <input type="checkbox"/> |
| g. | Exsudat | kein <input type="checkbox"/> | wenig <input type="checkbox"/> | viel <input type="checkbox"/> | klar <input type="checkbox"/> | |
| h. | Zustand | fest <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | rosa <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | gelb <input type="checkbox"/> |
| i. | Nekrose | keine <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> | vollständig <input type="checkbox"/> |
| j. | Geruch | kein <input type="checkbox"/> | übel riechend <input type="checkbox"/> | | | |

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

| M/Info | |
|--------|--|
| 10.37 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) |
| a. | Wunde 1 |
| | |
| b. | Wunde 2 |
| | |
| c. | Wunde 3 |

t. n. z.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.38 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T18/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.39 | Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.40 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.41 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T24/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.42 | Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.43 | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.44 | Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.45 | Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.46 | Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.47 | Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Sturzrisiko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. | Dekubitusrisiko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. | Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. | Inkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e. | Demenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| f. | Körperpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.48 | Wenn ausnahmsweise vorübergehend neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 7.2.4c. bei beatmeten Personen eingesetzt werden: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation in einem Pflorgeteam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b. | Einsatz über max. sechs Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

11. Mobilität

| <small>M/Info</small> | |
|-----------------------|--|
| 11.1 | Versorgte Person angetroffen |
| a. | <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. | <input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| <small>M/Info</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> |
|-----------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|
| 11.2 | Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung | | |
| a. | Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | | (inklusive Paresen, Kontrakturen) |
| b. | Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | | |
| c. | Lageveränderung im Bett | | |
| d. | Aufstehen | | |
| e. | Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | | |
| f. | Stehen | | |
| g. | Gehen | | |

| <small>M/T14/B</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> | <small>t. n. z.</small> | <small>E.</small> |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.3 | Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <small>M/Info</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 11.4 | Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| <small>M/B</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> | <small>t. n. z.</small> | <small>E.</small> |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.5 | Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegerinnen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <small>M/Info</small> | | <small>ja</small> | <small>nein</small> |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 11.6 | Liegt ein Dekubitusrisiko vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: Gutachterin oder Gutachter erhoben <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.7 | Werden versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T12/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.8 | Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T13/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.9 | Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | | | |
| | kg | | | |
| | | k. A. <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> |
| b. Aktuelle Größe | cm | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden | | | |
| e. Flüssigkeitsversorgung | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten | | | |

| M/Info | | | | |
|--|---|--------------|-----------|------|
| 12.2 Die Person ist versorgt mit: | | | | |
| | | Beschreibung | | |
| a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate | ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | |
| | | | | |
| b. <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| c. <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

t. n. z.

| M/Info | | ja | nein |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|
| 12.3 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von: | | | |
| | Gutachterin oder Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | |
| | Pflegedienst übernommen | | <input type="checkbox"/> |

| M/Info | | ja | nein |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 12.4 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von: | | | |
| | Gutachterin oder Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | |
| | Pflegedienst übernommen | | <input type="checkbox"/> |

| M/T6/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.5 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T5/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.6 | Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T4/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.7 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T9/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.8 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T8/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.9 | Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T7/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.10 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T3/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.11 | Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Ausscheidung

| M/Info | |
|--|---|
| 13.1 Die Person ist versorgt mit: | |
| | t. n. z. <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) |
| b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> Offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| M/Info | | ja | nein |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von: | | | |
| Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | | |
| Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.3 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T10/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T11/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Umgang mit Demenz

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1 | Werden versorgte Personen /Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T15/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 14.2 | Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/T16/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 14.3 | Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| M/Info | |
|--|---|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten | |
| | Beschreibung |
| a. <input type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | (Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) |

| M/Info | |
|---|-----------------------------------|
| 15.2 Mundzustand/Zähne | |
| | Beschreibung |
| a. <input type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

| M/T1/B | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |

| M/T2/B | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |

| M/B | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |

| | | M/B | | | |
|------|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 15.7 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |

16. Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

| M/Info | | ja | nein | |
|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1.1 | Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Freitext: | | | | |
| M/Info | | t. n. z. | | |
| 16.1.2 | Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> | | |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | | | | |
| Freitext: | | | | |
| M/Info | | | | |
| 16.1.3 | Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? | | | |
| <input type="checkbox"/> | keine | | | |
| Freitext: | | | | |
| M/Info | | | | |
| 16.1.4 | Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? | | | |
| <input type="checkbox"/> | keine | | | |
| Freitext: | | | | |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
| 16.1.5 | Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Leistung gar nicht erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein | | | |
| <input type="checkbox"/> | Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein | | | |
| <input type="checkbox"/> | Fehlende Handzeichen | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, welche: | | | |
| Freitext: | | | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1.6 | Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse missachtet | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet | | | | |
| <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen unterlaufen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> : | | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

| M/Info | | t. n. z. |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| 16.1.7 | Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | | |
| <i>Freitext:</i> | | |

| M/Info | |
|--------------------------------|--|
| 16.1.8 | Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <i>Freitext:</i> | |

| M/Info | |
|--------------------------------|--|
| 16.1.9 | Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <i>Freitext:</i> | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1.10 | Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> : | | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1.11 | Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten | | | | |
| <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> : | | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

| M/Info | | t. n. z. |
|--------------------------------|--|--------------------------|
| 16.1.12 | Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | | |
| <i>Freitext:</i> | | |

| M/Info | |
|--------------------------------|--|
| 16.1.13 | Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <i>Freitext:</i> | |

| M/Info | |
|--------------------------------|--|
| 16.1.14 | Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <i>Freitext:</i> | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1.15 | Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> : | | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1.16 | Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten | | | | |
| <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht | | | | |
| <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten | | | | |
| <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> : | | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

| M/Info | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|-----------|---|------------|--------|--------|------------------|-----|
| 16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | | | | | | | | | |
| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
| | | | | | X tgl. | X wtl. | X mtl. | vom | bis |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Ausscheidungen | verordnet | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toilettentraining | | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toilettentraining | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ernährung | verordnet | <input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> Sondennahrung, Verabreichen von | | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> Sondennahrung, Verabreichen von | | | | | |

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|--------|--------------------------|--------------|-----------|---|------------|--------|--------|------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | X mtl. | vom | bis |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Körperpflege | verordnet | <input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen <input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese <input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe <input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden | | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen <input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese <input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe | | | | | |

| | | | | An- und/oder Aus- <input type="checkbox"/> kleiden | | | | | |
|----|--------------------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hauswirtschaftliche Versorgung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Absaugen | verordnet | <input type="checkbox"/> Obere Luftwege <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronichallavage) | | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Obere Luftwege <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronichallavage) | | | | | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Anleitung bei der Behandlungspflege | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Beatmungsgerät, Bedienung/ Überwachung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Blasenspülung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Blutdruckmessung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|-----------|--------------------------|---|-----------|--|--|--------|-----------|---------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | X mtl. | vom | bis |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Blutzuckermes- sung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Positionswechsel zur Dekubitusbe- handlung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Drainagen, Über- prüfen, Versorgen | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 14 | <input type="checkbox"/> | Einlauf/Klisis- tier/Klysma und di- gitale Enddarm- ausräumung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 15 | <input type="checkbox"/> | Flüssigkeits-bilan- zierung | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 16 | <input type="checkbox"/> | Infusionen, i.v. | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 16a | <input type="checkbox"/> | Infusionen, s.c. | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 17 | <input type="checkbox"/> | Inhalation | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 18 | <input type="checkbox"/> | Injektionen | verordnet | <input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c. | | | | | |
| | | | genehmigt | | <input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c. | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 19 | <input type="checkbox"/> | Injektionen, Rich- ten von | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 20 | <input type="checkbox"/> | Instillation | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 21 | <input type="checkbox"/> | Kälteträger, Aufle- gen von | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 22 | <input type="checkbox"/> | Katheter, Versor- gung eines supra- pubischen | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 23 | <input type="checkbox"/> | Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 24 | <input type="checkbox"/> | Krankenbeobach- tung, spezielle | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |

| Po s LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|---------------|--------------------------|--|------------------------|--|------------|--------|-----------|---------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | X mtl. | vom | bis |
| 25 | <input type="checkbox"/> | Magensonde, Le- gen und Wechseln | verordnet genehmigt | | | | | | |
| 26 | <input type="checkbox"/> | Medikamenten- gabe (außer Injek- tionen, Infusionen, Instillationen, In- halationen) | verordnet genehmigt | <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen | | | | | |
| 26a | <input type="checkbox"/> | Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diag- nose | verordnet genehmigt | | | | | | |
| 27 | <input type="checkbox"/> | Perkutane endo- skopische Gast- rostomie (PEG), Versorgung bei | verordnet genehmigt | | | | | | |
| 27a | <input type="checkbox"/> | Psychiatrische Krankenpflege | verordnet genehmigt | <input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln <input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln | | | | | |
| 28 | <input type="checkbox"/> | Stomabehandlung | verordnet genehmigt | | | | | | |
| 29 | <input type="checkbox"/> | Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle | verordnet genehmigt | | | | | | |
| 30 | <input type="checkbox"/> | Venenkatheter, Pflege des zentra- len | verordnet genehmigt | | | | | | |

| Po s LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|---------------|--------------------------|---|-----------|--|------------|-----------|-----------|---------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | X mtl. | vom | bis |
| 31 | <input type="checkbox"/> | Wundversorgung einer akuten Wunde | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 31a | <input type="checkbox"/> | Wundversorgung einer chronischen und schwer heilen- den Wunde | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 31b | <input type="checkbox"/> | An- und Ausziehen von ärztlich ver- ordneten Kom- pressionsstrümp- fen/-strumpfhosen der Kompressions- klassen I bis IV Anlegen oder Ab- nehmen eines Kompressionsver- bandes | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| 31c | <input type="checkbox"/> | An- und Ablegen von stützenden und stabilisieren- den Verbänden zur unterstützen- den Funktionssi- cherung der Ge- lenke z. B. bei Dis- torsion, Kontusion, Erguss | verordnet | | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | | |
| Freitext: | | | | | | | | | |

| M/Info | |
|--------------------------------|---|
| 16.2.2 | Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maß- nahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | |
| Freitext: | |

t. n. z.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.2.3 | Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten be- handlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungs- zeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Leistung gar nicht erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht | | | |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein |
| <input type="checkbox"/> | Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein |
| <input type="checkbox"/> | Fehlende Handzeichen |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, <i>welche</i> : |
| <i>Freitext:</i> | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.2.4 | Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Abrechnungsausschlüsse missachtet | | | |
| <input type="checkbox"/> | Leistung nicht vollständig erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet | | | |
| <input type="checkbox"/> | Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet | | | |
| <input type="checkbox"/> | Qualifikationsanforderungen unterlaufen | | | |
| <input type="checkbox"/> | Leistung war nicht erforderlich | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, <i>welche</i> : | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

| M/Info | | t. n. z. | | |
|--------------------------------|--|--------------------------|--|--|
| 16.2.5 | Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> | | |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.2.6 | Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn nein: | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht | | | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges, <i>welche</i> : | | | |
| <i>Freitext:</i> | | | | |

16.3 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

| | |
|-----------------------|---|
| <small>M/Info</small> | |
| 16.3.1 | Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung |
| <i>Freitext:</i> | |

17. Sonstiges

(Freitext)

| M/B | | immer | häufig | geleg. | nie | k. A. |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18.13 | Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden? | <input type="checkbox"/> |

| M/Info | | ja | nein | k. A. | |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 18.14 | Haben Sie Anregungen / Beschwerden / Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, welche: | | | | | |