

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

Hinweise:

M	=	Mindestangaben
Info	=	Informationsfrage
T	=	Transparenzkriterium
B	=	sonstige Bewertungsfrage
t.n.z	=	trifft nicht zu
n.e.	=	nicht erforderlich (wird für die Prüfung nicht benötigt)
k.A.	=	keine Angabe
E	=	Empfehlung

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst
(Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

M/Info	
1.2 Daten zum Pflegedienst	
a. Name	
b. Strasse	
c. PLZ / Ort	
d. Institutions- kennzeichen (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 Ab- schluss Versor- gungsvertrag	
m. Datum Inbetrieb- nahme des Pfl- gedienstes	
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. Name des An- sprechpartners für die DCS	

s.	e-mail des Ansprechpartners für die DCS	
t.	Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	
u.	Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	

1

M/Info			
1.3 Daten zur Prüfung			
a Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> KBS	
	<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	bis TT.MM.JJJJ	
d. Uhrzeit			
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
e. Gesprächspartner des Pflegedienstes			
f. Prüfende(r) Gutachter			
g. An der Prüfung Beteiligte	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	Namen	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-	Name		

Prüfdienstes	E-Mailadresse
--------------	---------------

1

M/Info	
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung	
b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftiger, Angehörige o. ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung	
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e. Datum der letzten Prüfung durch den MDK/PKV-Prüfdienst	
TT.MM.JJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren
MM.TT	

2

3

M/Info

1.5 Vom Pflegedienst zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?

1

	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
Aufstellung über die Anzahl aller versorgten Personen (SGB XI, SGB V, Selbstzahler, Sonstige) sowie Pflegestufendifferenzierung der Leistungsempfänger nach SGB XI mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Aufstellung über die Anzahl der Pflegebedürftigen mit: - Wachkoma - Beatmungspflicht - Dekubitus - Blasenkatheter - PEG-Sonde - Fixierung - Kontraktur - vollständiger Immobilität - Tracheostoma - MRSA - Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Versorgungsvertrag des Pflegedienstes / Strukturhebungsbo- gen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Blanko-Pflegevertrag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflege- fachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitar- beiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Aufstellung aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter mit Name, Be- rufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Touren- / Einsatzpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stellenbeschreibungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise über Pflegevisiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Fallbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Informationsweitergabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise über Dienstbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fortbildungsplan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise interne Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise externe Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Leitlinien/Richtlinien/Standards		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hygienestandard/-plan/-konzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Konzept zum Beschwerdemanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2

M/Info	
1.6	Versorgungssituation

1

	Gesamt	davon Leistungsempfänger nach:			
		Aus-schließlich SGB XI	Aus-schließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

2

M/Info	
1.7	Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonden
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	MRSA
k.	Diabetes mellitus

3

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

4

M/Info		ja	nein
1.9	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung		
d.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft		
e.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst		

5

6

7

1
2
3
4
5
6
7
8
9

2. Allgemeine Angaben

	ja	nein	t.n.z.	E.
2.1 Räumliche Ausstattung:				<input type="checkbox"/>
B				
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 Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d. Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T30/B				
2.2 Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T29/B				
2.3 Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B				
2.4 Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B				
2.5 Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B				
2.6 Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

1 **3. Aufbauorganisation Personal**

2

	ja	nein	tnz	E.
3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?				<input type="checkbox"/>
B				
a. Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T35/B				
b. Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B				
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"/>		
B				
d. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
e. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
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"/>	
M/T36/B				
g. Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3

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

4

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

5

Info	
3.4	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?
Stunden	

1

Info	
3.5	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?
Mit welchem Stundenumfang?	

ja nein

E.

2

Info	
3.6	Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

ja nein

E.

3

3.7	Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:	ja	nein
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"/>

ja nein

4

Info						
3.8 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	
Geeignete Kräfte:						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpflege/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Zivildienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

1
2

1
2
3
4
5
6
7

4. Ablauforganisation

		ja	nein	E.
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?			<input type="checkbox"/>
	M/B			
a.	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
b.	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
4.2	Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
	M/B			
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
	M/B			
4.4	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
	B			
a.	dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	E.
4.5 Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor?			<input type="checkbox"/>
B			
a. Datum der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B			
b. tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B			
c. Angabe der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1

M/T37/B			
4.6 Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	ja	nein	E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

3

4

1
2
3
4
5
6
7

5. Konzeptionelle Grundlagen

		ja	nein	t.n.z.	E.
5.1	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.	Pflegefachkräfte 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"/>		
5.2	Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?				<input type="checkbox"/>
	B				
a.	Aussagen zum Pflegemodell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Aussagen zum Pflegesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Aussagen zum Pflegeprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
e.	Aussagen zum Qualitätssicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
f.	Aussagen zur Leistungsbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
g.	Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
h.	Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.3	Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

1
2
3
4
5
6
7

6. Qualitätsmanagement

B		ja	nein	E.
6.1	Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		ja	nein	E.
6.2	Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		ja	nein	t.n.z.	E.
6.3	Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP¹ im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
d.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
e.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

B		ja	nein	E.
6.4	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		ja	nein	E.
6.5	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Umsetzung (Do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	Anpassung der Maßnahmen (Act)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹ Die bisher vom DNQP entwickelten Expertenstandards konkretisieren den Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und sind bis zu einem Aktualisierungsbeschluss bzw. Einführungsbeschluss eines neuen Expertenstandards nach § 113a SGB XI relevant.

		ja	nein	E.
6.6	Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?			<input type="checkbox"/>
	B			
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1

	M/T34/B	ja	nein	E.
6.7	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

		ja	nein	E.
6.8	Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter im Pflegedienst im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?			<input type="checkbox"/>
	B			
a.	Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
b.	mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3

		ja	nein	t.n.z.	E.
6.9	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<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 Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
e.	Differenzierung nach Qualifikation der 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"/>	

4

	ja	nein	E.
6.10 Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?			<input type="checkbox"/>
M/B			
a. geregelte Übergabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B			
b. regelmäßigen Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B			
c. schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1

	ja	nein	E.
6.11 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen?			<input type="checkbox"/>
M/T32/B			
a. Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T31/B			
b. Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2

	ja	nein	E.
6.12 Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MT33/B			

3

4

1
2
3
4

7. Pflegedokumentationssystem

B		ja	nein	E.
7.1	Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		ja	nein	E.
7.2	Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?			<input type="checkbox"/>
B				
a.	Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Pflegeanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d.	Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
e.	verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
f.	Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
g.	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
h.	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
i.	Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
j.	Trink-/Bilanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
k.	Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
l.	Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
m.	Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
n.	Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
o.	Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
p.	Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
q.	Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
r.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
s.	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	t.n.z.	E.
7.3	Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B					
a.	Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	nachträgliche Eintragungen / Änderungen werden als solche gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

1
2
3

1
2
3
4
5

8. Hygiene

	ja	nein	E.
8.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?			<input type="checkbox"/>
M/B			
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 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"/>	

	ja	nein	E.
8.2 Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?			<input type="checkbox"/>
M/B			
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 Pneumonie bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B			
d. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
8.4	Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1
2

**Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen
(Prozess- und Ergebnisqualität)**

9. Allgemeine Angaben

M/Info				
9.1 Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen

M/Info				
9.2 Angaben zum Pflegebedürftigen				
a.	Name			
b.	Pflegekasse			
c.	Geburtsdatum			
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst			
e.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes			
f.	Pflegestufe			
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI) <input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft
g.	Liegt nach Angabe des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h.	Leistungen nach § 37 SGB V			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i.	Ist der Pflegebedürftige mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

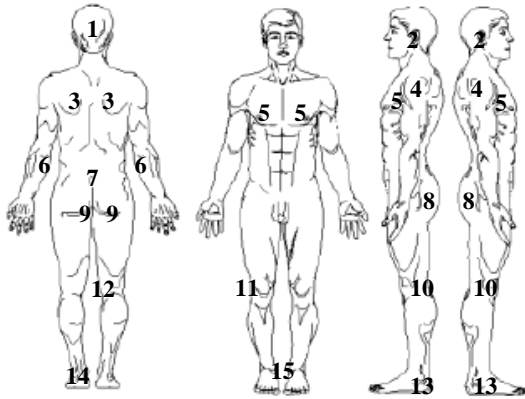
M/Info	
9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	
b. Mitarbeiter Pflegedienst (Funktion / Qualifikation)	
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

10. Behandlungspflege

M/T27/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.1	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.2	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.3	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T21/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.4	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen 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"/>
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.5	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T20/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.6	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.
10.7	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.
10.8	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.
10.9	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.
10.10	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.
10.11	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.
10.12	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.
10.13	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.
10.14	Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?	<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 Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MT19/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.16	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.17	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.
10.18	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.19	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/Info		ja	nein		
10.20	Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>					
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.21	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T25/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.22	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.26 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:

- 1 Hinterhaupt
- 2 Ohrmuschel
- 3 Schulterblatt
- 4 Schulter
- 5 Brustbein
- 6 Ellenbogen
- 7 Sakralbereich
- 8 großer Rollhügel
- 9 Gesäß
- 10 Knie außen
- 11 Kniescheibe
- 12 Knie innen
- 13 Knöchel außen
- 14 Ferse
- 15 Knöchel innen

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.	Stadium	I	II	III	IV	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein	übel riechend			
		<input type="checkbox"/>	<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	Stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Stadium	I	II	III	IV	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein	übel riechend			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

M/Info	
10.27	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.
10.28	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.
10.29	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.
10.30	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.
10.31	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.
10.32	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Mobilität

M/Info		
11.1 Pflegebedürftigen angetroffen		
a.	<input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tages- kleidung	<input type="checkbox"/> Nacht- wäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	
	Beschreibung
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten (inklusive Paresen, Kontrakturen)
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten
c.	Lageveränderung im Bett
d.	Aufstehen
e.	Sitzen
f.	Stehen
g.	Gehen

ja **nein**

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

ja **nein** **t.n.z.** **E.**

M/Info	
11.4 Liegt ein Sturzrisiko vor?	
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>	

ja **nein**

M/B
11.5 Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?

ja **nein** **t.n.z.** **E.**

M/Info		
11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		
Punkte____	nach: Norton <input type="checkbox"/> Braden <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>	Von: Gutachter erhoben <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>

ja **nein**

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
11.7	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen 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/T11/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/T12/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"/>
M/Info		ja	nein		
11.10	Liegt ein Kontrakturrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>					
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
11.11	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei Kontrakturgefahr über Risiken und erforderlichen Maßnahmen beraten (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T13/B		ja	nein	t.n.z.	E.
11.12	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?	<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. Aktuelles Gewicht	kg
b. Aktuelle Größe	cm
c. 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 <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter Zunge

M/Info									
12.2 Der Pflegebedürftige 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								
	<table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>kcal/24 h</td> <td>Fluss-rate</td> <td>ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>ml/24 h</td> <td>Fluss-rate</td> <td>ml/h</td> </tr> </table>	Nahrung	kcal/24 h	Fluss-rate	ml/h	Flüssigkeit	ml/24 h	Fluss-rate	ml/h
	Nahrung	kcal/24 h	Fluss-rate	ml/h					
	Flüssigkeit	ml/24 h	Fluss-rate	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	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>	

ja nein

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

ja nein

M/B	
12.5 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten (z.B. Angaben zur Trinkmenge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigungen individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen)?	

ja nein t.n.z. E.

M/T5/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T4/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.7	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T3/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.8	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.9	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung beraten (z.B. Angaben zur Nahrungsmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T8/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.10	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T7/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.11	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T6/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.12	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T2/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.13	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 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:	
	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	

t.n.z.

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

ja nein

M/B	
13.3 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	

ja nein t.n.z. E.

M/T9/B	
13.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	

ja nein t.n.z. E.

M/T10/B	
13.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	

ja nein t.n.z. E.

14. Umgang mit Demenz

M/Info		ja	nein		
14.1 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"/>		

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
14.2	Werden Pflegebedürftige/Pflegerpersonen 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.
14.3	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.
14.4	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"/>

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

M/T28/B	ja	nein	t.n.z.	E.
15.4 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B	ja	nein	E.
15.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
15.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T17/B		ja	nein	t.n.z.	E.
15.7	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Sonstiges				

Erhebungsbogen zur Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

17. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Die Fragen zur Zufriedenheit sind vom Leistungsbezieher zu beantworten.

M/Info				
17.1 Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen

M/Info					ja	nein		
17.2 Angaben zum Pflegebedürftigen								
a. Name								
b. Pflegekasse								
c. Geburtsdatum								
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst								
f. Pflegestufe								
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)	<input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft				
g. Liegt nach Angaben des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T39/B				ja	nein	k.A.
17.3 Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T38/B				ja	nein	k.A.
17.4 Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T40/B					immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
17.5 Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T42/B		ja		nein		k.A.	
17.6	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
M/T43/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z	k.A.
17.7	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T45/B		ja		nein		k.A.	
17.8	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
M/T48/B		immer	häufig	geleg.	nie	k.A.	
17.9	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T44/B		immer	Häufig	geleg.	nie	t.n.z	k.A.
17.10	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T41/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z	k.A.
17.11	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T47/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z	k.A.
17.12	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T49/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z	k.A.
17.13	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T46/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z	k.A.
17.14	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>