

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 275b SGB V

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- 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 = Mitarbeiter¹
- PFK = Pflegefachkraft

¹ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Leistungserbringer (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

<small>M/Info</small>	
1.2	Daten zum Leistungserbringer
a.	Name
b.	Straße
c.	PLZ / Ort
d.	Institutions- kennzeichen (IK)
	1.
	2.
	3.
e.	Telefon
f.	Fax
g.	E-Mail
h.	Internet-Adresse
i.	Träger / Inhaber
j.	Trägerart
k.	ggf. Verband
l.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag
m.	Datum Inbetriebnahme des Leistungserbringers
n.	Verantw. PFK Name
o.	Stellv. verantw. PFK Name
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen
q.	Zertifizierung

- privat
 freigemeinnützig
 öffentlich
 nicht zu ermitteln

- liegt vor
 liegt nicht vor

r. Prüfrelevante Eigenschaften des Leistungserbringers	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt einer Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI <input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt <u>keiner</u> Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI <input type="checkbox"/> anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V
s. Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Leistungserbringer erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

M/Info			
1.3 Daten zur Prüfung			
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Krankenkasse oder Krankenkasse	<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT	
	<input type="checkbox"/> BKK	<input type="checkbox"/> LKK	
	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> vdek	
	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Welche:	
b. Datum			
	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	
c. Uhrzeit			
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
d. Gesprächspartner des Leistungserbringers			
e. Prüfende(r) Gutachter			
f. An der Prüfung Beteiligte	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Namen	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
g. Ansprechpartner des MDK	Name		
	E-Mailadresse		

<small>M/Info</small>	
1.4 Prüfungsauftrag nach § 275b SGB V	
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 § 275b SGB V	 TT.MM.JJJJ
f. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	 TT.MM.JJJJ
g. 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 Leistungserbringers 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

<small>M/Info</small>	
1.7	Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:
a.	Ziffer 6 Absaugen
b.	Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
c.	Ziffer 12 Dekubitusbehandlung
d.	Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
e.	Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
f.	Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
g.	Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände)

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
1.8	Werden Leistungen nach § 37 SGB V 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		

2. Allgemeine Angaben

		ja	nein	t. n. z.	E.
2.1	Räumliche Ausstattung:				<input type="checkbox"/>
<small>B</small>					
a.	Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
c.	Wohnungsschlüssel der versorgten Personen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der versorgten Personen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
<small>M/B</small>					
2.2	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Leistungserbringers, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. Aufbauorganisation Personal

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
3.1	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Krankenkassen / der Krankenkasse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
3.2	Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			<input type="checkbox"/>
a.	Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Weiterbildung zur Leitungsqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>Info</small>	
3.3	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft bei dem Leistungserbringer?
Stunden	

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

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
3.5	Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Krankenkassen / der Krankenkasse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
3.6	Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			
a.	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<input type="checkbox"/> Ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7	Entspricht der Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft den Anforderungen der Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
B				
a.	Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft beträgt mindestens 50 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft beträgt mindestens 1,5 Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
3.8	Werden die Mindestanforderungen an die Personalbesetzung nach dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V erfüllt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

Info						
3.9 Zusammensetzung Personal						
Pflege (Grund- und Behandlungspflege)						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
Gesundheits- und Krankenpfleger/in						
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
Medizinische/r Fachangestellte/r						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst- leistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

4. Ablauforganisation

B		ja	nein	E.
4.1	Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2		ja	nein	E.
Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?				<input type="checkbox"/>
M/B				
a.	dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

M/B		ja	nein	E.
4.4	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Leistungserbringers für die versorgten Personen sichergestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Qualitätsmanagement

5.1		ja	nein		E.
Liegt beim Leistungserbringer eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?					<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als einer Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.2		ja	nein	t. n. z.	E.
Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<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.	Pflegefachkraft 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"/>	
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
5.3					
Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei den versorgten Personen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hygiene

6.1	Gibt es beim Leistungserbringer 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 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 dem Leistungserbringer 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 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 Leistungserbringer bei spezieller Krankenbeobachtung

<small>M/Info</small>					
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					

<small>M/Info</small>				
7.1.2 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl zu versorgende Personen mit:				
	nichtinvasiver Beatmung (Maske)	invasiver Beatmung	Tracheostoma (ohne Beatmung)	Sonstigem
Anzahl Personen < 18 Jahre				
Anzahl Personen ab 18 Jahre				

<small>M/Info</small>	
7.1.3 Über welche Anzahl (Vollzeitstellen) von Fachbereichsleitungen für beatmete Personen verfügt der Leistungserbringer?	
Anzahl 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 spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:				<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	Bei zu versorgenden Personen ab 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
b.	Bei zu versorgenden Personen unter 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
c.	<ul style="list-style-type: none"> - Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder - Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder - mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren und Fortbildung (mindestens 200 Stunden-Kurs eines strukturierten, berufsbegleitenden, von Fachgesellschaften bzw. pflegerischen Berufsverbänden anerkannten und durch Akkreditierung oder Zertifizierung qualitätsgesicherten Kursprogramms, welches mindestens den Anforderungen der DIGAB-Zertifizierung entspricht) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		ja	nein	t.n.z.	E.
7.2.2	Die Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensivspezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:				<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	<ul style="list-style-type: none"> - Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder - Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder - mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren oder - Fortbildung (mindestens 120 Stunden-Kurs eines strukturierten, berufsbegleitenden, von Fachgesellschaften bzw. pflegerischen Berufsverbänden anerkannten und durch Akkreditierung oder Zertifizierung qualitätsgesicherten Kursprogramms, welches mindestens den Anforderungen der DIGAB-Zertifizierung entspricht) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.3 Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

M/B		ja	nein		E.
7.3.1	Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
7.3.2	Ist die pflegfachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?				<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Regelung liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
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 Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<input type="checkbox"/>
	<small>M/B</small>				
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	zeitliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
c.	inhaltliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>				
<small>M/B</small>					
7.4.2	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<small>M/B</small>				
<small>M/B</small>					
7.4.3	Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<small>M/B</small>				

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.	Krankenkasse		
c.	Geburtsdatum		
d.	Beginn der Versorgung durch den Leistungserbringer		
e.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers		
f.	Pflegegrad		
	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
g.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	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		
i.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info		ja	nein
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 des Gutachters
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers
c.	Name des Mitarbeiters
d.	sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)

9. Behandlungspflege

Nr.	Vorbelegung	Prüffrage
9.1	t. n. z.	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
9.2	t. n. z.	Wird mit dem Absaugen der versorgten Person 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 Menschen 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, Klysma, 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 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?
9.23	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?

9.1	Ist bei pflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.2	Wird mit dem Absaugen der versorgten Person sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.3	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.4	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.5	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.6	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.7	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.8	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.9	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.10	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.11	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.12	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.13	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.14	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.16	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/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/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.19	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.
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:					
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>				
Leistungserbringer 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"/>

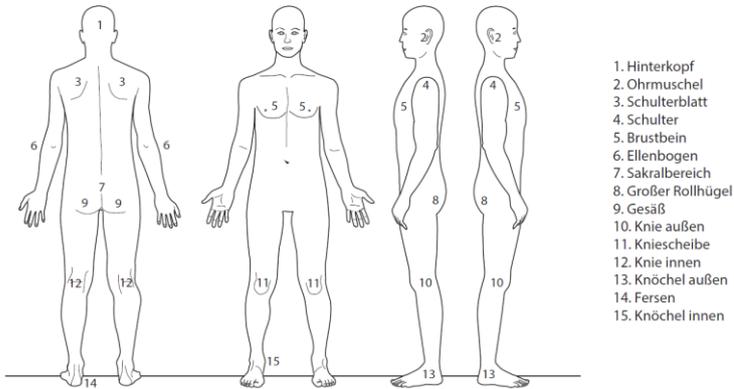
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/>	sonstige nicht chronische Wunde <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 <input type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/>	sonstige nicht chronische Wunde <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"/>				

M/Info		t. n. z.			
9.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input type="checkbox"/>			
a.	Wunde 1				
b.	Wunde 2				
c.	Wunde 3				
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.28	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/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.29	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.
9.30	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.
9.31	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/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.32	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.
9.33	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.
9.34	Sind die 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.
9.35	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Leistungserbringers bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		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 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 Beatmungszentrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	mit einem Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	mit einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen 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 selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät der davon abhängigen Person tätig sind 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 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 der beatmeten Person ein in der außerklinischen Beatmung erfahrener Arzt, das Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.8	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.
10.9	Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

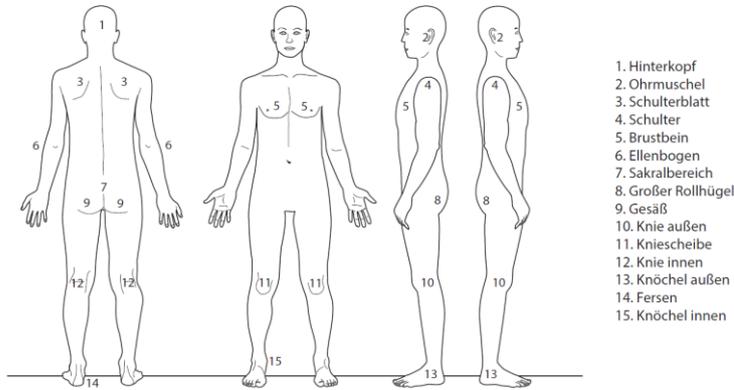
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 der versorgten Person 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/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/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, Klyisma, 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/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/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/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.29	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.
10.30	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:					
Gutachter beurteilt		<input type="checkbox"/>			
Leistungserbringer 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"/>

t. n. z.

10.36 Beschreibung vorliegender Wunden



© 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							
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							
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"/>								

M/Info		t. n. z.			
10.37	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input type="checkbox"/>			
a.	Wunde 1				
b.	Wunde 2				
c.	Wunde 3				
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/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/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 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 Mitarbeiter des Leistungserbringers 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"/>

		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"/>
	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"/>	

11. Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

M/Info									
11.1 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, Toiletentraining					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden, <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toiletentraining					
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					
		genehmigt	<input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe					
			<input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden					
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"/>	Blutzuckermessung	verordnet						
			genehmigt						
12	<input type="checkbox"/>	Dekubitusbehandlung	verordnet						
			genehmigt						
13	<input type="checkbox"/>	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	verordnet						
			genehmigt						
14	<input type="checkbox"/>	Einlauf/Klistier/Klyisma und digitale Enddarmausräumung	verordnet						
			genehmigt						
15	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeits- bilanzierung	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						
19	<input type="checkbox"/>	Injektionen, Richten von	verordnet						
			genehmigt						
20	<input type="checkbox"/>	Instillation	verordnet						
			genehmigt						
21	<input type="checkbox"/>	Kälteträger, Auflegen von	verordnet						
			genehmigt						
22	<input type="checkbox"/>	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	verordnet						
			genehmigt						
23	<input type="checkbox"/>	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	verordnet						
			genehmigt						
24	<input type="checkbox"/>	Krankenbeobachtung, spezielle	verordnet						
			genehmigt						

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
25	<input type="checkbox"/>	Magensonde, Legen und Wechseln	verordnet genehmigt						
26	<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	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 Diagnose	verordnet genehmigt						
27	<input type="checkbox"/>	Perkutane endoskopische Gastrostomie (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 zentralen	verordnet genehmigt						

Pos LV		Maßnah e		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
31	<input type="checkbox"/>	Verbände	verordnet	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden					
				<input type="checkbox"/> Anlegen / Abnehmen Kompressionsverband					
				<input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose					
				<input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden					
				<input type="checkbox"/> Anlegen / Abnehmen Kompressionsverband					
				<input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose					
				<input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
<i>Freitext:</i>									

M/Info	
11.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
<i>Freitext:</i>	

t. n. z.

M/B		ja	nein	t. n. z.
11.3	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen 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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein				
<input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, welche:				
<i>Freitext:</i>				

M/B		ja	nein	t. n. z.
11.4	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 nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht				
<input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Leistung war nicht erforderlich				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, welche:				
<i>Freitext:</i>				

M/Info		t. n. z.
11.5	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.
11.6	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 Pflegetmaßnahmen 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, welche:				
<i>Freitext:</i>				

M/Info	
11.7	Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung
<i>Freitext:</i>	

12. Sonstiges

(Freitext)

13. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

<small>M/B</small>		<small>immer</small>	<small>häufig</small>	<small>geleg.</small>	<small>nie</small>	<small>k. A.</small>
13.1	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Leistungserbringer grundsätzlich zufrieden?	<input type="checkbox"/>				
<small>M/Info</small>		<small>ja</small>			<small>nein</small>	<small>k. A.</small>
13.2	Haben Sie Anregungen / Beschwerden / Informationen, die wir an die Krankenkasse weitergeben sollen?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, <i>welche</i> :						