

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

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung
  
- Ja
- Nein
- t.n.z = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe
  
- MA = Mitarbeiter<sup>1</sup>
- PFK = Pflegefachkraft

---

<sup>1</sup> 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 im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

### 1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

M/Info	
<b>1.2 Daten zum Pflegedienst</b>	
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 Abschluss Versorgungsvertrag	
m. Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	
n. Verantw. PFK Name	
o. Stellv. verantw. PFK Name	
p. ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen	
q. Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
r. Name des Ansprechpartners 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	

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

<small>M/Info</small>	
<b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>	
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 nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI
	TT.MM.JJJJ
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt
	<input type="checkbox"/> Sonstige
	<input type="checkbox"/> keine Angaben
	TT.MM.JJJJ

<small>M/Info</small>	
<b>1.5 Versorgungssituation</b>	

	davon Leistungsempfänger nach:				
	Gesamt	Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
<b>Versorgte Personen</b>					
<b>davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte</b>					

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

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>1.7 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welcher?</b>			

<b>1.8</b>	<b>Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?</b>	ja	nein	t. n. z.	E.
	<small>B</small>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
b.	Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
c.	Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
d.	vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<small>M/Info</small>		ja	nein		
<b>1.9</b>	<b>Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>Wenn ja, welche?</b>				
a.	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
b.	<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen				
c.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung				
e.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft				
f.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst				

## 2. Allgemeine Angaben

<b>2.1</b>	<b>Räumliche Ausstattung:</b>	ja	nein	t. n. z.	E.
	<small>B</small>				<input type="checkbox"/>
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 Pflegebedürftigen 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 Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<small>M/T27/B</small>		ja	nein		E.
<b>2.2</b>	<b>Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<small>M/T26/B</small>		ja	nein		E.
<b>2.3</b>	<b>Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		ja	nein		E.
<b>2.4</b>	<b>Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		ja	nein		E.
<b>2.5</b>	<b>Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

		B	ja	nein	t. n. z.	E.
2.6	Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Aufbauorganisation Personal

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

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

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

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

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



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

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

<small>Info</small>						
<b>3.8 Zusammensetzung Personal</b>						
<b>Pflege</b>						
	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						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
<b>Betreuung</b>						
Mitarbeiter Betreuung						
<b>Hilfen bei der Haushaltsführung</b>						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

#### 4. Ablauforganisation

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

## 5. Qualitätsmanagement

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>Nicht geprüft</small>	<small>E.</small>
5.2	Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				<input type="checkbox"/>
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

  

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

  

<small>M/T31/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
5.4	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"/>

  

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

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

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

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

## 6. Hygiene

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

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

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

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

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

### 7. Allgemeine Angaben

M/Info					
<b>7.1</b>	<b>Auftragsnummer:</b>				
	<b>Datum</b>		<b>Uhrzeit</b>		<b>Nummer Erhebungsbogen</b>

M/Info							
<b>7.2</b>	<b>Angaben zum Pflegebedürftigen</b>						
<b>a.</b>	Name						
<b>b.</b>	Pflegekasse						
<b>c.</b>	Geburtsdatum						
<b>d.</b>	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst						
<b>e.</b>	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes						
<b>f.</b>	Pflegegrad						
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5			
<b>g.</b>	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h.</b>	Leistungen nach § 37 SGB V					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info	
<b>7.3</b>	<b>Anwesende Personen</b>
<b>a.</b>	Name des Gutachters
<b>b.</b>	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes
<b>c.</b>	Name des Mitarbeiters
<b>d.</b>	sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)

## 8. Behandlungspflege

Nr.	Vorbelegung	Prüffrage
8.1	t. n. z.	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
8.2	t. n. z.	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?
8.3	t. n. z.	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?
8.4	t. n. z.	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
8.5	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
8.6	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
8.7	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
8.8	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
8.9	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
8.10	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
8.11	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
8.12	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
8.13	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
8.14	t. n. z.	Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?
8.15	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
8.16	t. n. z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
8.17	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
8.18	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
8.19	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
8.20	t. n. z.	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
8.21	t. n. z.	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
8.22	t. n. z.	Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen?
8.23	t. n. z.	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
8.24	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?

8.25	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
8.26	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
8.27	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
8.28	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?
8.29	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
8.30	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?
8.31	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
8.32	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
8.33	t. n. z.	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?

<small>M/T25/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
<b>8.1</b>	<b>Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
<b>8.2</b>	<b>Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		ja	nein	t.n.z	E.
<b>8.3</b>	<b>Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		ja	nein	t.n.z	E.
<b>8.4</b>	<b>Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		ja	nein	t.n.z	E.
<b>8.5</b>	<b>Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T21/B</small>		ja	nein	t.n.z	E.
<b>8.6</b>	<b>Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T22/B</small>		ja	nein	t.n.z	E.
<b>8.7</b>	<b>Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<small>M/B</small>	<b>8.8</b> Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.9</b> Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.10</b> Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.11</b> Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.12</b> Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.13</b> Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.14</b> Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.15</b> Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/T19/B</small>	<b>8.16</b> Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/T20/B</small>	<b>8.17</b> Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.18</b> Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/T23/B</small>	<b>8.19</b> Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.20</b> Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>	<b>8.21</b> Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

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

nein

M/B	
<b>8.23</b>	<b>Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?</b>

ja  
nein  
t. n. z.  
E.  

M/B	
<b>8.24</b>	<b>Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?</b>

ja  
nein  
t.n.z.  
E.  

M/B	
<b>8.25</b>	<b>Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?</b>

ja  
nein  
t.n.z.  
E.

t. n. z.

M/Info						
<b>8.26 Beschreibung vorliegender Wunden</b>						
© Lisa Apfelbacher 2016						
<b>Wunde 1</b>	<b>Art</b>	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"/>
<b>a.</b>	<b>Größe/Tiefe</b>	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
<b>b.</b>	<b>Ort der Entstehung</b>	Zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
<b>c.</b>	<b>Lokalisation</b>	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
<b>d.</b>	<b>Kategorie/Stadium</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>
<b>e.</b>	<b>Umgebung</b>	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>
<b>f.</b>	<b>Rand</b>	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>
<b>g.</b>	<b>Exsudat</b>	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	
<b>h.</b>	<b>Zustand</b>	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	<b>Nekrose</b>	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
<b>j.</b>	<b>Geruch</b>	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>			
<b>Wunde 2</b>	<b>Art</b>	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"/>
<b>a.</b>	<b>Größe/Tiefe</b>	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
<b>b.</b>	<b>Ort der Entstehung</b>	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
<b>c.</b>	<b>Lokalisation</b>	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
<b>d.</b>	<b>Kategorie/Stadium</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>
<b>e.</b>	<b>Umgebung</b>	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>
<b>f.</b>	<b>Rand</b>	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>
<b>g.</b>	<b>Exsudat</b>	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	
<b>h.</b>	<b>Zustand</b>	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	<b>Nekrose</b>	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
<b>j.</b>	<b>Geruch</b>	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>			
M/Info						

t.n.z.

<b>8.27</b>	<b>Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)</b>	<input type="checkbox"/>
a.	Wunde 1	
b.	Wunde 2	
c.	Wunde 3	

<small>M/B</small>					
<b>8.28</b>	<b>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

<small>M/T18/B</small>					
<b>8.29</b>	<b>Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>					
<b>8.30</b>	<b>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>					
<b>8.31</b>	<b>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

<small>M/T24/B</small>					
<b>8.32</b>	<b>Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>					
<b>8.33</b>	<b>Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

## 9. Mobilität

<small>M/Info</small>			
<b>9.1</b>	<b>Pflegebedürftigen angetroffen</b>		
a.	<input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche	

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>9.2</b>	<b>Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Beschreibung</b>		
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten (inklusive Paresen, Kontrakturen)		
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten		
c.	Lageveränderung im Bett		
d.	Aufstehen		
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen		
f.	Stehen		
g.	Gehen		

<small>M/T14B</small>					
<b>9.3</b>	<b>Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<small>ja</small> <input type="checkbox"/>	<small>nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>t. n. z.</small> <input type="checkbox"/>	<small>E.</small> <input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>9.4</b>	<b>Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:			
	Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>		
	Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>		

<small>M/B</small>					
<b>9.5</b>	<b>Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?</b>	<small>ja</small> <input type="checkbox"/>	<small>nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>t. n. z.</small> <input type="checkbox"/>	<small>E.</small> <input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>9.6</b>	<b>Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:			
	Gutachter erhoben <input type="checkbox"/>		
	Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>		

<small>M/B</small>					
<b>9.7</b>	<b>Werden Pflegebedürftige/Pflegpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?</b>	<small>ja</small> <input type="checkbox"/>	<small>nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>t. n. z.</small> <input type="checkbox"/>	<small>E.</small> <input type="checkbox"/>

<small>M/T12B</small>					
<b>9.8</b>	<b>Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?</b>	<small>ja</small> <input type="checkbox"/>	<small>nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>t. n. z.</small> <input type="checkbox"/>	<small>E.</small> <input type="checkbox"/>

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

ja  
nein  
t. n. z.  
E.  

## 10. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info					
<b>10.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>					
a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			k. A. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>
b.	Aktuelle Größe	cm			
c.	BMI (kg/m <sup>2</sup> )				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
<b>10.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:</b>					
		<b>Beschreibung</b>			
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
		Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h
		Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
		<b>(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)</b>			
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.

<small>M/Info</small>		<small>Ja</small>	<small>nein</small>	
<b>10.3</b>	<b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>			
<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	
<b>10.4</b>	<b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>			
<small>M/T6/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>10.5</b>	<b>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<small>E.</small>
<small>M/T5/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>10.6</b>	<b>Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<small>E.</small>
<small>M/T4/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>10.7</b>	<b>Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<small>E.</small>
<small>M/T9/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>10.8</b>	<b>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<small>E.</small>
<small>M/T8/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>10.9</b>	<b>Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<small>E.</small>
<small>M/T7/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>10.10</b>	<b>Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<small>E.</small>
<small>M/T3/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>10.11</b>	<b>Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<small>E.</small>

## 11. Ausscheidung

M/Info	
<b>11.1 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:</b>	
	<b>Beschreibung</b>
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	
<b>11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>	

ja  nein 

M/B	
<b>11.3 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?</b>	

ja  nein  t. n. z.  E. 

M/T10/B	
<b>11.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</b>	

ja  nein  t. n. z.  E. 

M/T11/B	
<b>11.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	

ja  nein  t. n. z.  E. 

## 12. Umgang mit Demenz

M/Info	
<b>12.1 Orientierung und Kommunikation</b>	
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"/>

ja  nein



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

M/T15/B		ja	nein	t.n.z	E.
12.3	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.
12.4	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"/>

### 13. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

M/Info	
13.2	<b>Mundzustand/Zähne</b>
	<b>Beschreibung</b>
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.
13.3	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/T2/B		ja	nein	t. n. z.	E.
13.4	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
13.7	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"/>

## 14. Abrechnungsprüfung

### 14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
14.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Freitext:</i>				

<small>M/Info</small>		<small>t. n. z.</small>
14.1.2	Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
<i>Freitext:</i>		

<small>M/Info</small>	
14.1.3	Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

<small>M/Info</small>	
14.1.4	Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
14.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht				
<input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht				
<input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht				
<input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein				
<input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft 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.
<b>14.1.6</b>	<b>Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse missachtet				
<input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht				
<input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet				
<input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen unterlaufen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

M/Info		t. n. z.
<b>14.1.7</b>	<b>Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
<i>Freitext:</i>		

M/Info	
<b>14.1.8</b>	<b>Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

M/Info	
<b>14.1.9</b>	<b>Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

M/B		ja	nein	t. n. z.
<b>14.1.10</b>	<b>Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<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, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

M/B		ja	nein	t. n. z.
<b>14.1.11</b>	<b>Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse missachtet				
<input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht				
<input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet				
<input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen unterlaufen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

M/Info		t. n. z.
<b>14.1.12</b>	<b>Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
<i>Freitext:</i>		

M/Info	
<b>14.1.13</b>	<b>Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

M/Info	
<b>14.1.14</b>	<b>Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

M/B		ja	nein	t. n. z.
<b>14.1.15</b>	<b>Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<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, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

M/B		ja	nein	t. n. z.
<b>14.1.16</b>	<b>Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsausschlüsse missachtet			
<input type="checkbox"/>	Leistung nicht vollständig erbracht			
<input type="checkbox"/>	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet			
<input type="checkbox"/>	Qualifikationsanforderungen unterlaufen			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, <i>welche:</i>			
<i>Freitext:</i>				

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

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

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	vom	bis
4	<input type="checkbox"/>	Körperpflege	verordnet	<input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen				
				<input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese				
			<input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe					
			<input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen				
				<input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese				
			<input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe					
			<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.	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/Kly ma 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						<input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c.
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.	vom	bis
25	<input type="checkbox"/>	Magensonde, Legen und Wechseln	verordnet					
			genehmigt					
26	<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	verordnet	<input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen				
			genehmigt		<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	<input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln				
			genehmigt		<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		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit		Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	vom	bis
31	<input type="checkbox"/>	Verbände	verordnet	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden Anlegen /				
				<input type="checkbox"/> Abnahmen Kompressionsverba nd				
			<input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kom- pressionsstrümpfe /					
			<input type="checkbox"/> Strumpfhose Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden Anlegen /				
				<input type="checkbox"/> Abnahmen Kompressionsverba nd				
				<input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kom- pressionsstrümpfe /				
				<input type="checkbox"/> Strumpfhose Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden				
<i>Freitext:</i>								

M/Info	
<b>14.2.2</b>	<b>Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
<i>Freitext:</i>	

t. n. z.

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

ja      nein      t. n. z.

<input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :
<i>Freitext:</i>

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>14.2.4</b>	<b>Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse missachtet <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet <input type="checkbox"/> Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen unterlaufen <input type="checkbox"/> Leistung war nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

<small>M/Info</small>		<small>t. n. z.</small>
<b>14.2.5</b>	<b>Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
<i>Freitext:</i>		

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
<b>14.2.6</b>	<b>Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP- Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegetechniken und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht <input type="checkbox"/> Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht <input type="checkbox"/> Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

### 14.3 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

<small>M/Info</small>	
<b>14.3.1</b>	<b>Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung</b>
<i>Freitext:</i>	

## **15. Sonstiges**

(Freitext)

## 16. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

M/Info				
16.1 Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen

M/Info					
16.2 Angaben zum Pflegebedürftigen					
a.	Name				
b.	Pflegekasse				
c.	Geburtsdatum				
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst				
e.	Pflegegrad				
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
f.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B						
16.3	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k. A. <input type="checkbox"/>

M/T35/B						
16.4	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k. A. <input type="checkbox"/>

M/T37/B								
16.5	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?			immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	k. A. <input type="checkbox"/>

M/T39/B						
16.6	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k. A. <input type="checkbox"/>

M/T40/B									
16.7	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?			immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	k. A. <input type="checkbox"/>

M/T42/B						
16.8	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k. A. <input type="checkbox"/>

