

# Qualitätsprüfungs-Richtlinien

## Anlage 1: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege

Hinweise:

M = Mindestangaben

Info = Informationsfrage

T = Transparenzkriterium

B = sonstige Bewertungsfrage

t.n.z = trifft nicht zu

n.e. = nicht erforderlich (wird für die Prüfung nicht benötigt)

k.A. = keine Angabe

E = Empfehlung

# Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

## 1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

M/Info		
1.1	Auftragsnummer	

M/Info		
1.2	Daten zum Pflegedienst	
a.	Name	
b.	Straße	
c.	PLZ/Ort	
d.	Institutionskennzeichen (IK)	1.
		2.
		3.
		4.
e.	Telefon	
f.	Fax	
g.	E-Mail	
h.	Internet-Adresse	
i.	Träger/Inhaber	
j.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband	
l.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
m.	Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	
n.	Verantw. PFK Name	
o.	Stellv. verantw. PFK Name	
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
q.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor

<b>M/Info</b>		
<b>1.3</b>	<b>Daten zur Prüfung</b>	
a.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b.	Datum	 von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ
c.	Uhrzeit	
	1. Tag	von bis
	2. Tag	von bis
	3. Tag	von bis
d.	Gesprächspartner des Pflegedienstes	
e.	Prüfende(r) Gutachter	
f.	An der Prüfung Beteiligte	Namen
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Trägerverband	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
g.	Ansprechpartner des MDK	Name
		E-Mail-Adresse

<b>M/Info</b>	
<b>1.4</b>	<b>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 <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung
e.	Datum der letzten Prüfung durch den MDK <div style="text-align: right;">TT.MM.JJ</div>
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren <div style="text-align: right;">MM.TT</div>

<b>M/Info</b>						
<b>1.5</b>	<b>Vom Pflegedienst zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?</b>	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
	Aufstellung über die Anzahl aller versorgten Personen (SGB XI, SGB V, Selbstzahler, Sonstige) sowie Pflege- stufendifferenzierung der Leistungsempfänger nach SGB XI mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Aufstellung über die Anzahl der Pflegebedürftigen mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachkoma</li> <li>• Beatmungspflicht</li> <li>• Dekubitus</li> <li>• Blasenkatheter</li> <li>• PEG-Sonde</li> <li>• Fixierung</li> <li>• Kontraktur</li> <li>• vollständiger Immobilität</li> <li>• Tracheostoma</li> <li>• MRSA</li> <li>• Diabetes mellitus</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Versorgungsvertrag des Pflegedienstes/ Strukturerhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Blanko-Pflegevertrag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Aufstellung aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Touren-/Einsatzpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Stellenbeschreibungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Pflegevisiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Fallbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Informationsweitergabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Dienstbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>M/Info</b>		liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
	ggf. Datum				
	Fortbildungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise interne Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise externe Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise externes Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Leitlinien/Richtlinien/Standards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Hygienestandard/-plan/-konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Konzept zum Beschwerdemanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>M/Info</b>					
<b>1.6</b>	<b>Versorgungssituation</b>				
		davon Leistungsempfänger nach:			
	Gesamt	Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

<b>M/Info</b>		
<b>1.7</b>	<b>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	
k.	Diabetes mellitus	

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

<b>M/Info</b>		
<b>1.9</b>	<b>Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b>	ja <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?	nein <input type="checkbox"/>
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

<b>2.1</b>	<b>Räumliche Ausstattung:</b>	ja	nein	t.n.z.	E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>M/T30/B</b>					
<b>2.2</b>	<b>Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?</b>	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>M/T29/B</b>					
<b>2.3</b>	<b>Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvorschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?</b>	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

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

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



### 3. Aufbauorganisation Personal

<b>3.1</b>	<b>Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?</b>	ja	nein	t.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
B					
a.	Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T35/B					
b.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
d.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
e.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
f.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T36/B					
g.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Info</b>					
<b>3.2</b>	<b>Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>

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

<b>Info</b>	
<b>3.4</b>	<b>Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?</b>
	Stunden <input style="width: 100px;" type="text"/>

<b>Info</b>				
<b>3.5</b>	<b>Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mit welchem Stundenumfang?	<input style="width: 100px;" type="text"/>		

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

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

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

#### 4. Ablauforganisation

<b>4.1</b>	<b>Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?</b>	ja	nein	E.
M/B				<input type="checkbox"/>
a.	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>B</b>				
<b>4.2</b>	<b>Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>M/B</b>				
<b>4.3</b>	<b>Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?</b>	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4.4</b>	<b>Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?</b>	ja	nein	E.
B				<input type="checkbox"/>
a.	dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

## 5. Konzeptionelle Grundlagen

<b>5.1</b>	<b>Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?</b>	ja	nein	t.n.z.	E.
	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
d.	vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

	<b>B</b>				
<b>5.3</b>	<b>Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?</b>	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## 6. Qualitätsmanagement

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

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

6.3		ja	nein	t.n.z.	E.
Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP <sup>1</sup> im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?					<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
d.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
e.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

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

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

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

<b>MT34/B</b>				
<b>6.7</b>	<b>Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?</b>	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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



<b>6.9</b>	<b>Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?</b>	ja	nein	t.n.z.	E. <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"/>	

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

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

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

## 7. Pflegedokumentationssystem

<b>B</b>				
<b>7.1</b>	<b>Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
<b>B</b>				
<b>7.2</b>	<b>Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?</b>	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
<b>B</b>				
a.	Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
b.	Pflegeanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
c.	Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
d.	Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
e.	verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
f.	Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
g.	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
h.	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
i.	Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
j.	Trink-/Bilanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
k.	Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
l.	Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
m.	Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>				
n.	Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B			
o.	Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
p.	Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
q.	Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
r.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
s.	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

## 8. Hygiene

<b>8.1</b>	<b>Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?</b>	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>8.2</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>	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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