

Antragsformular
für die Zertifizierung zum
Diabetes–Schwerpunktpflegedienst



IIGM - Institut für Innovatives
Gesundheitsmanagement GmbH

Allee der Kosmonauten 33g
D-12681 Berlin

Telefon: 030 / 54 708 232
Telefax: 030 / 54 708 29 232

E-mail: info@iigm.de
Internet: www.iigm.de

Antragsformular für die Zertifizierung zum Diabetes-Schwerpunktpflegedienst

1. Angaben zum Pflegedienst / zur Pflegeeinrichtung				
1.1 Daten zum antragstellenden Pflegedienst / zur antragstellenden Pflegeeinrichtung				
Name Pflegedienst / -einrichtung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Straße, Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Vorwahl	Rufnummer		
Telefon	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Vorwahl	Rufnummer		
Fax	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
E-Mail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Internet-Adresse (falls vorhanden)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Inhaber (Antragsteller)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
verantwortliche Pflegefachkraft	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
geschulte Diabetes-Pflegefachkraft 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
geschulte Diabetes-Pflegefachkraft 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	privat	freigemeinnützig	öffentlich	
Trägerart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Träger (wenn vorhanden)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Verband	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Versorgungsverträge	nach § 132 a SGB V seit (Datum erster Vertragsbeginn)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	nach § 72 SGB XI seit (Datum erster Vertragsbeginn) <small>(ggf. Bestandsschutz nach § 73 SGB XI, in dem Fall erster Vertragsbeginn Versorgungsvertrag § 132 a SGB V</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Versorgungsvertrag wurde nicht entzogen	<input type="checkbox"/>			
1.2 Art der Pflegeeinrichtung / Region				
Art der Einrichtung	ambulanter Pflegedienst			
	<input type="checkbox"/>			
Betreute Region	Großstadt (> 100.000 Einwohner)	Stadt (20.000 –100.000 Einwohner)	Kleinstadt (< 20.000 Einwohner)	ländliche Region
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1.3 Angaben zur Prüfung	
Erstantrag	<input type="checkbox"/>
Folgeantrag	<input type="checkbox"/>
Zertifizierungsdatum des Erstantrages	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Antrag auf externe Prüfung (kostenpflichtig)	<input type="checkbox"/>



2. Patientenstruktur					
2.1 Anzahl betreute Personen (gesamt): Versorgungssituation					
					gesamt
Versorgte Personen (Leistungsempfänger)					□ □ □
	ausschl. SGB XI	ausschl. SGB V	SGB XI + SGB V	sonstige	
davon:	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	
					gesamt
Anzahl Personen mit Diabetes					□ □ □
davon:	ausschl. SGB XI	ausschl. SGB V	SGB XI + SGB V	sonstige	
insulinpflichtige Diabetiker	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	
nicht insulinpflichtige Diabetiker	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	
2.2 Anzahl betreute Personen mit Diabetes: Pflegegrade (bis 2016: Pflegestufen)					
Anzahl kein Pflegegrad	Anzahl Pflegegrad 1	Anzahl Pflegegrad 2	Anzahl Pflegegrad 3	Anzahl Pflegegrad 4	Anzahl Pflegegrad 5
□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
2.3 Anzahl betreute Personen mit Diabetes: Folgeerkrankungen					
Hypertonus	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	Koronare Herzkrankheit (KHK)	Fettstoffwechselstörung	Zustand nach Schlaganfall	
□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	
Zustand nach Herzinfarkt	diabetische Neuropathie	diabetischer Fuß	Amputationen (durch Diabetes verursacht)	diabetische Retinopathie	
□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	
Blindheit (durch Diabetes verursacht)	diabetische Nephropathie	Dialyse			
□ □	□ □	□ □			
2.4 Anzahl betreute Personen mit Diabetes: geriatrisches Syndrom					
Inkontinenz	Immobilität	Instabilität	Intellektuelle Einschränkung (Demenz)	Isolation	
□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	
2.5 Anzahl Leistungsaufträge (in den letzten 12 Monaten):					
Anleitung HKP Nr. 7	Durchführen Blutzuckermessung HKP Nr. 11	Richten / Durchführung Medikamentengabe HKP Nr. 26	Richten Insulininjektion HKP Nr. 19	Durchführen Insulininjektion HKP Nr. 18	Wundverbände HKP Nr. 31 (hier nur bei DFS)
□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □



2.6 Versorgungssituation der Diabetes-Patienten					
		Anzahl			
2.6.1	Diabetiker mit Selbstversorgungsdefizit bei der Blutzuckermessung	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.2	Insulinpflichtige Diabetiker, bei denen ein Fähigkeitstest zur Insulingabe durchgeführt wurde	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.3	Insulinpflichtige Diabetiker mit Selbstversorgungsdefizit bei der Insulingabe	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.4	Insulinpflichtige Diabetiker mit Selbstversorgungsdefizit bei der Insulingabe und Potential für die Durchführung einer Anleitung zur selbständigen Insulingabe	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.5	Durchgeführte Anleitungen zur selbständigen Blutzuckermessung	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.6	Durchgeführte Anleitungen zur selbständigen Insulingabe	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.7	Diabetiker, die den vereinbarten Untersuchungsrythmus einhalten	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.8	Insulinpflichtige Diabetiker, bei denen die Spritzstellen in Ordnung sind	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.9	Diabetologische Pflegeberatungen pro Patient / Quartal	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.10	Neudiagnosen von Folge- bzw. Begleiterkrankungen pro Jahr <i>(nicht bei Erstantrag anzugeben)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.6.11	Diabetesbedingte Notrufe durch die Diabetiker an das Pflegepersonal pro Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2.7 Ergebnisse Fähigkeitstest zur selbständigen Insulininjektion					
Selbstversorgungsgrad	I	II	III	IV	Nicht geprüft
Zahl der insulinpflichtigen Diabetes-Patienten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Selbsteinschätzungsbogen

(nach Bedarf sollten folgende Dokumente bei externer Stichprobenprüfung vorlegbar sein)

Zur Prüfung vorliegende Unterlagen

	Liegt vor	Liegt nicht vor
Aktuelle Handzeichenliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetesbezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungsnachweis Diabetes-Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellenbeschreibungen für Diabetes-Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise interne Fortbildungen mit Diabetesbezug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise externe Fortbildungen mit Diabetesbezug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetesorientierter Fortbildungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in den Diabetes-Schwerpunkt (s. Checkliste III)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstellung der in die Behandlung der Diabetes-Patienten einbezogenen Ärzte (mit Fachbezeichnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstellung über alle Kooperationspartner (mit Kooperationsvereinbarungen):		
▪ DiabetologIn DDG / LÄK (mit Mitgliedschaft DDG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ DiabetesberaterIn DDG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ PodologIn / anerkannte Fußpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstellung aller in die Versorgung der Diabetes-Patienten einbezogenen Leistungsanbieter:		
▪ Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Anbieter Essen auf Rädern (u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersicht über Leitlinien und Standards zur Betreuung von Personen mit Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetesspezifisches Pflegedokumentationssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekonzept (diabetesspezifisch) (s. Checkliste IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Darstellung zum einrichtungsinternen diabetesspezifischen Pflege-Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise externes Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienestandard / -plan / -konzept (mit Berücksichtigung der Besonderheiten beim Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ergebnisqualität

Ergebnisse für 30 Diabetes-Patienten liegen dem Antrag bei:

Papierversion Excel-Tabelle (CD-Rom o.ä.)

- ✓ Anzahl gemessenen Blutzuckerwerte/Quartal
- ✓ Aktuelles Blutzucker-Therapieziel
- ✓ die 30 aktuellsten gemessenen Blutzuckerwerte des letzten Quartals
- ✓ Anzahl der gemessenen HbA_{1c}-Werte in den letzten 12 Monaten
- ✓ vorliegende HbA_{1c}-Werte der letzten 12 Monate
- ✓ Anzahl der Unterzuckerungen/ Quartal (davon ohne fremde Hilfe bewältigt, mit fremder Hilfe bewältigt)
- ✓ Anzahl der Überzuckerungen/ Quartal (davon ohne fremde Hilfe bewältigt, mit fremder Hilfe bewältigt)
- ✓ Ambulante Notfallbehandlungen wegen Überzuckerung in den letzten 12 Monaten
- ✓ Ambulante Notfallbehandlungen wegen Unterzuckerung in den letzten 12 Monaten
- ✓ Anzahl der stationären Notfallbehandlungen wegen Überzuckerung in den letzten 12 Monaten (Krankenhausaufenthalte)
- ✓ Anzahl der stationären Notfallbehandlungen wegen Unterzuckerung in den letzten 12 Monaten (Krankenhausaufenthalte)

Der Unterzeichner/Unterzeichnerin als Vertreter der Pflegeeinrichtung bestätigt mit seiner / ihrer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der Antragsunterlagen und deren Inhalte.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift: _____ Stempel der Einrichtung