

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>	Stationsübersicht						
<b>A1</b>	Es gibt eine grafische Stationsübersicht (Raum / Gebäude Darstellung)	x		20			
<b>A2</b>	Die grafische Stationsübersicht ist in Stationsbereiche unterteilbar und separat anzuzeigen	x		30			
<b>A3</b>	Die tabellarische Stationsübersicht ist in Stationsbereiche gefiltert anzuzeigen		x				
<b>A4</b>	Die tabellarische Stationsübersicht ist in Stationsbereiche sortiert anzuzeigen	x		20			
<b>A5</b>	Die tabellarische Stationsübersicht ist nach Merkmalen (Fachbereich, Behandler,...) gefiltert anzuzeigen	x		20			
<b>A6</b>	Die tabellarische Stationsübersicht ist nach Merkmalen (Fachbereich, Behandler,...) sortiert anzuzeigen	x		10			
<b>A7</b>	In der Stationsübersicht sind Keime & Isolierungen des Patienten mittels Symbol erkennbar (z.b. Cave Feld)		x				
<b>A8</b>	In der Stationsübersicht sind Infektionskrankheiten des Patienten mittels Symbol erkennbar (z.b. Cave Feld)	x		20			
<b>A9</b>	In der Stationsübersicht sind Infektionskrankheiten des Patienten mittels separatem Symbol erkennbar (z.b. Cave Feld)	x		20			
<b>A10</b>	In der Stationsübersicht gibt es ein Infosymbol für Patientenverfügung	x		20			
<b>A11</b>	Mit einem Symbol kann dargestellt werden, dass keine wiederbelenden Maßnahme durchgeführt werden sollen	x		20			
<b>A12</b>	In der Stationsübersicht ist ersichtlich, dass Allergien vorliegen	x		20			
<b>B</b>	Übersichten (Stationsübersicht, Patientenansicht oder ähnliches)						
<b>B1</b>	Es kann via Freitext hinterlegt werden, ob bei dem Patienten etwas zu beachten ist, bspw. die Sprache oder Pflege nur durch Mann/Frau gewünscht etc.	x		200			
<b>C</b>	Pflegerische Aufnahme						
<b>C1</b>	Im Pflegeassessment sind bereits Antwortoptionen vorgeschlagen Beispiel Körperpflege: Selbstständig (In Abhängigkeit der Station bzw. Maßnahmeart des Patienten)	x		30			
<b>C2</b>	Aus Ressourcenauswahl im Pflegeassessment resultieren ggf. Pflegemaßnahmen		x				
<b>C3</b>	Nach dem Pflegeassessment bei Aufnahme erfolgt eine grobe Pflegeplanung um erste Parameter in der Fieberkurve zu erfassen, Pflegeplanung wird später verfeinert um den Aufnahmeprozess zu beschleunigen	x		30			
<b>C4</b>	Eingabe bestimmter Parameter aus der Fieberkurve im Rahmen des Aufnahmeprozesses (z.B. Blutdruck, Puls)	x		30			
<b>C5</b>	Möglichkeit via Digitalkamera ein Foto (Gesicht) sichtbar beim Patienten zu hinterlegen	x		30			
<b>C6</b>	Der Diagnosekatalog ENP steht in der Software zur Verfügung	x		80			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>D</b>	Aufnahme - Pflegeassessment der Ressourcen bei Aufnahme						
<b>D1</b>	Körperpflege (selbstständig/mit Anleitung/volle Übernahme)	x		4			
<b>D2</b>	An- und Auskleiden	x		4			
<b>D3</b>	Ausscheidung Urin (Kontinent/Inkontinent, Kommentarfeld)	x		4			
<b>D4</b>	Ausscheidung Stuhl (Kontinent/Inkontinent, Kommentarfeld)	x		4			
<b>D5</b>	Transfer (selbstständig, mit Anleitung, volle Übernahme)	x		4			
<b>D6</b>	Schluckstörung (ja, nein)		x				
<b>D7</b>	Nahrungsaufnahme (selbstständig, mit Anleitung, volle Übernahme)	x		4			
<b>D8</b>	Pergamenthaut (ja/nein)	x		4			
<b>D9</b>	Hautbeschaffenheit (trocken, feucht, physiologisch)	x		4			
<b>D10</b>	Schuppig (Ja/nein)	x		4			
<b>D11</b>	Wunde (ja/nein)		x				
<b>D12</b>	Vorhandene OP Wunde (ja/nein)	x		4			
<b>D13</b>	Kommentar zum Feld "Vorhandene OP Wunde"	x		4			
<b>D14</b>	Dekubitus (nein/Risiko/ja) => Pflegemaßnahme Bradenskala u. Dekubitusrisikoeinschätzung ausfüllen		x				
<b>D15</b>	Sturzrisiko (ja/nein)		x				
<b>D16</b>	Patient bringt folgende Hilfsmittel mit (Mehrfachauswahl): Rollator, Sehhilfe, Gehhilfen, Hörgeräte u. ä.	x		4			
<b>D17</b>	Transurethralerkatheter (ja/nein); Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D18</b>	Anus Praeter (ja/nein) Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D19</b>	Urostoma (ja/nein) Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D20</b>	SPK (ja/nein); Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D21</b>	Nasale Magensonde (ja/nein); Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D22</b>	Parenterale Sonden (u.a. PEG, PEJ) (ja/nein); Kommentarfeld bei ja (für z. B. Sondenart und Menge)	x		4			
<b>D23</b>	Tracheostoma (ja/nein); Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D24</b>	ZVK (ja/nein); Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D25</b>	Drainage (ja/nein); Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D26</b>	Schrittmacher (ja/nein); Kommentarfeld bei ja	x		4			
<b>D27</b>	Shuntanlage (ja/nein)	x		4			
<b>D28</b>	Eventrecorder (ja/nein)	x		4			
<b>D29</b>	Pumpen (ja/nein) Kommentarfeld bei ja						
<b>D30</b>	Beliebige Definition und Auswahl von Pflegediagnosen	x		4			
<b>E</b>	Aufnahme - Patienten Eigentum (bei Aufnahme und Stationswechsel / Entlassung)						
<b>E1</b>	Bei der Aufnahme kann das Eigentum des Patienten im System hinterlegt werden und über den Aufenthalt verändert werden	x		80			
<b>E2</b>	Das erfasste Eigentum wird bei Stationswechsel im System übergeben/übertragen bzw. kann übernommen werden	x		80			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
E3	Der Patient kann das erfasste Eigentum digital per Unterschrift bestätigen (z.b. auf einem Tablet)	x		20			
E4	Der Patient kann das erfasste Eigentum per Unterschrift bestätigen (auf einem Ausdruck)	x		20			
F	Aufnahme - Pflegeziele						
F1	Vorschlag auf Basis des Pflegeassessments der Ressourcen bei Aufnahme erstellt	x		70			
F2	Vorschlag auf Basis aus Stationszugehörigkeit erzeugt	x		10			
F3	Vorschlag auf Basis der Maßnahmeart erzeugt	x		10			
F4	Vorschlag auf Basis der Fallmerkmale im GPM	x		10			
F5	Vorschlag auf Basis der ICD-Diagnosen (Vorhandenes Diagnosecenter)	x		10			
F6	Vorschläge werden aus Kombinationen oder auch einzelnen Kriterien (zuvor genannt) erzeugt	x		20			
F7	Eine beliebige Anzahl an Pflegezielen kann frei in den Stammdaten zur Auswahl hinterlegt werden	x		70			
G	Erstellen von Pflegemaßnahmen bei bzw. nach Aufnahme und im Verlauf						
G1	Vorschlag auf Basis der Pflegeziele erzeugt	x		50			
G2	Vorschlag auf Basis des Pflegeassessment der Ressourcen bei Aufnahme erzeugt	x		5			
G3	Vorschlag auf Basis der Stationszugehörigkeit erzeugt	x		5			
G4	Vorschlag auf Basis der Maßnahmeart erzeugt	x		50			
G5	Vorschlag auf Basis der Fallmerkmale im GPM	x		5			
G6	Vorschlag auf Basis der ICD-Diagnosen (Vorhandenes Diagnosecenter)	x		5			
G7	Vorschlag auf Basis der Pflegediagnosen (Siehe Pflegesprache)	x		5			
G8	Vorschläge können durch die Klinik eigenständig definiert werden	x		5			
G9	Vorschlag auf Basis der Fachabteilung	x		5			
G10	Vorschlag auf Basis des (Haupt-)Kostenträgers	x		5			
G11	Vorschlag auf Basis des Stationsbereichs (Siehe Klinikstammdaten in GPM)	x		5			
G12	Vorschläge werden aus Kombinationen oder auch einzelnen Kriterien (zuvor genannt) erzeugt	x		5			
G13	Pflegemaßnahmen können beliebig häufig (auch an einem Tag) eingeplant werden		x				
G14	Je Pflegemaßnahme kann eine Frequenz angegeben werden (Pflichtfeld)		x				
G15	Je Pflegemaßnahme wird eine Frequenz vorgeschlagen	x		10			
G16	Frequenzangabe: x Stunden oder x Tage (Beides muss möglich sein)	x		10			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
G17	Je Pflegemaßnahme kann eine Anzahl der Durchführung angegeben werden (z.b. 5x) (optional)		x				
G18	Je Pflegemaßnahme kann eine Anzahl der Durchführung vorgeschlagen werden (z.b. 5x)	x		5			
G19	Je Pflegemaßnahme wird ein Startdatum angegeben (Pflicht)		x				
G20	Je Pflegemaßnahme wird ein Startdatum vorgeschlagen	x		5			
G21	Datumsvorschläge: ab sofort, ab Wochentag (z.b. nächster Donnerstag)	x		5			
G22	Je Pflegemaßnahme wird ein Enddatum angegeben (optional)	x		5			
G23	Je Pflegemaßnahme wird ein Enddatum vorgeschlagen (optional)	x		5			
G24	Je Pflegemaßnahme wird eine Uhrzeit angegeben (optional - bei keiner Uhrzeit irgendwann am Tag)		x				
G25	Je Pflegemaßnahme kann eine Uhrzeit angegeben		x				
G26	Eine Pflegemaßnahme kann ohne Uhrzeit (flexibel am Tag) angegeben werden	x		5			
G27	Je Pflegemaßnahme kann ein Uhrzeit vorgeschlagen werden	x		5			
G28	Freitext-Pflegemaßnahme kann eingefügt werden, die nicht hinterlegt ist	x		5			
G29	Erinnerung der wöchentlichen Evaluation der Pflegeplanung erfolgt	x		40			
G30	Kontrolle, ob Evaluation erfolgt ist, ist leicht ersichtlich	x		5			
G31	Pflegemaßnahmen können auch Adhoc relativ schnell geplant werden (z.b. um 18 Uhr noch mal Wirkung von Tabletten prüfen)	x		45			
H	Arbeiten und Bestätigen von Pflegemaßnahmen						
H1	Pflegemaßnahmen können auch im Block bestätigt werden (z.B. Morgendliche Versorgung mit mehreren Maßnahmen), es muss jedoch möglich sein, dass einzelne Maßnahmen ggf. nicht erbracht wurden	x		5			
H2	In der Kurve / ToDo-Liste können mehrer Maßnahmen / Pflegeinterventionen gesammelt bestätigt werden (Beispiel: Zähne geputzt, Haare gekämmt, rasiert, Körper gewaschen)	x		5			
H3	Erfassung des Assessments bestätigt automatisch geplante Pflegemaßnahme (z.B. Blutdruck messen)	x		5			
H4	Für Pflegemaßnahmen können geplante Minuten hinterlegt werden um später Auswertungen über die Menge der erbrachten Leistungen je Patient zu erzeugen	x		40			
H5	Beim Bestätigen von Maßnahmen ist die Aktuelle Uhrzeit als Zeitpunkt vorbelegt, muss aber individuell veränderbar sein	x		5			
H6	Sofern beim bestätigen von Leistungen die Uhrzeit ausgewählt werden kann, wird sicher Nachvollziehbar gespeichert wann die Eintragung vorgenommen wurde		x				
H7	Beim Bestätigen von Maßnahmen wird der angemeldete Benutzer automatisch als durchführender Mitarbeiter hinterlegt		x				

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
H8	Beim Bestätigen von Maßnahmen kann ein Abweichender Mitarbeiter als der angemeldete Nutzer Ausgewählt werden	x		5			
H9	Eine Bestätigung von Maßnahmen ohne die Erfassung wer dies vorgenommen hat ist nicht möglich		x				
H10	Sofern beim bestätigen von Leistungen der Mitarbeiter ausgewählt werden kann, wird sicher Nachvollziehbar gespeichert welcher Benutzer die Eintragung vorgenommen hat		x				
H11	Beim Absagen von Maßnahmen (z.B. kann nicht durchgeführt werden) wird eine Begründung abgefragt, die automatisch in den Pflegebericht übertragen wird	x		5			
H12	Bei der Absage von Leistungen wird sicher Nachvollziehbar gespeichert welcher Benutzer die Eintragung vorgenommen hat		x				
H13	Aus den Pflegemaßnahmen können patientenübergreifende To-Do-Liste erstellt werden	x		30			
H14	- Filter auf eine Gruppe von Pflegemaßnahmen	x		40			
H15	- Filter auf Patientengruppen (Stationen und/oder Stationsbereiche und/oder Betten)	x		40			
H16	- Filter auf den Zeitraum	x		5			
H17	- eine Kombination der vorgenannten Parameter ist möglich	x		5			
H18	- es können Standardfilter eingerichtet werden	x		5			
H19	Durch den Anwender definierte Pflegemaßnahmen können im Therapieplan des Patienten (GTP) angezeigt werden (Beispiel: Selbstständiges Blutdruckmessen des Patienten)	x		5			
H20	Aus definierten Pflegemaßnahmen kann der PPR 2.0 errechnet werden		x				
H21	Die Auswertung des PPR 2.0 kann im System je Station aufgerufen werden		x				
H22	Ein Export der PPR 2.0 kann nach Vorgabe des INEK erfolgen		x				
H23	Für jede Maßnahme können Minuten hinterlegt werden (Unter anderem benötigt für FRP Katalog zur Erfüllung OPS 8-552)	x		100			
H24	- Ein Export der Minuten ist je Patient und Woche möglich	x		50			
H25	- Es ist eine Übersicht aller Patienten mit ihren Summe an Minuten je Woche möglich	x		50			
I	Integration der Ärztlichen Anamnese (Aufnahme)						
I1	Die Ärztliche Anamnese erfolgt mit CGM Forms, die Übernahme der hier	x					Optionale Postion im Preisblatt
I2	- Allergien können importiert und angezeigt werden	x					Optionale Postion im Preisblatt
I3	- Es können Freitextdiagnosen übernommen werden	x					Optionale Postion im Preisblatt
I4	Freitext-Diagnosen können mittels einer Schnittstelle übernommen werden (Hinweis: Keine ICD!)	x		100			
I5	Freitext-Diagnosen können eingegeben werden (Hinweis: Keine ICD!)	x		100			
J	<b>Ärztliche Aufgaben</b>						
J1	Vorschlag zur Erstellung von ärztlichen Aufgaben werden auf Basis der Stationszugehörigkeit erzeugt (Zur Erstellung eines Assessments)	x		40			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
J2	Vorschlag zur Erstellung von ärztlichen Aufgaben werden auf Basis der Maßnahmeart (Phase) erzeugt (Zur Erstellung eines Assessments) Interner Hinweis: insbesondere für Barthel und Frühreha-Barthel	x		40			
J3	Vorschlag zur Erstellung von ärztlichen Aufgaben werden auf Basis der Diagnosen erzeugt (Zur Erstellung eines Assessments)	x		40			
J4	Ärztliche Aufgaben werden aus Kombinationen oder aus einzelnen Kriterien (zuvor genannt) erzeugt	x		40			
J5	Je Ärztliche Aufgabe wird eine Frequenz vorgeschlagen	x		30			
J6	Ärztlicher Aufnahme-Workflow: Bei Bedarf Fall-Personen (Hausarzt, Facharzt, Behandelner Arzt, Aufnehmender Arzt, Betreuer), Ärztliche Anamnese, Frührehaassessment (Forms-Formular?), Diagnosenerfassung (Diagnose-Center), Therapieverordnung (Externes Programm), Digitales Diktat des Krankenblattes	x		60			
J7	Ärztliche Aufgaben werden an der gleichen Stelle im System angezeigt, wie Aufgaben für den gleichen Benutzer aus Workflows z.B. der Arztbriefschreibung	x		30			
J8	Ausgabe einer Liste von Patienten je Station für die kein behandelnder Arzt hinterlegt ist (Ausdruck) Interne Anmerkung: Bestandteil der ärztlichen Frühbesprechung	x		20			
K	Ärztliche Anordnungen						
K1	Anordnungen können im Freitext formuliert werden		x				
K2	Es kann eine Auswahl von Schnelltexten in den Stammdaten hinterlegt werden	x		50			
K3	Die betroffene Berufsgruppe wird über die Anordnung aktiv informiert	x		150			
K4	Anordnung von freiheitsentziehende Maßnahmen mit folgenden Parametern:						
K5	- Grund der Maßnahme	x		20			
K6	- Art der Maßnahme	x		20			
K7	- Überwachungs- und Sicherungsmaßnahmen	x		20			
K8	- Intervall	x		20			
K9	- Einwilligungsfähigkeit des Patienten	x		20			
L	Assessments für Ärzte, Pflege und Therapie						
L1	Assessment Schmerz (KIP) (Skala 0-10)		x				
L2	Barthel-Index		x				
L3	Frühreha-Barthel-Index (FRB)		x				
L4	Beim Ausfüllen des aktuellen Barthel-Index (allgemein oder Frühreha-Barthel-Index) müssen der zuvor dokumentierter Barthel-Index des Patienten zu sehen sein	x		5			
L5	Singer		x				
L6	EDSS	x		5			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
L7	Ärztliches Aufnahmeassessment (Frührehabilitation) mit den Bereichen: Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition und Perzeption, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten u. Emotion	x		50			
L8	Jeder Index kann beliebig häufig durchgeführt werden	x		5			
L9	Braden-Skala	x		50			
L10	Blutzucker		x				
L11	Blutdruck + Puls		x				
L12	Temperatur		x				
L13	INR (Blutgerinnung)		x				
L14	SPO2 (Sauerstoffsättigung) + Sauerstoffgabe		x				
L15	Für Assessments wie Blutdruck / Temperatur / Blutzucker / SPO2 / Atemfrequenz kann ein minimal und maximal Wert im System hinterlegt werden ab wann eine visuelle Warnung in Fieberkurve erfolgt	x		5			
L16	BGA (Blutgasanalyse)	x		5			
L17	Gewicht und Größe (Berechnet BMI)	x		40			
L18	Gewicht und Größe		x				
L19	Beatmungsparameter / -Dokumentation	x		40			
L20	Einfuhr / Ausfuhr		x				
L21	Bei der Einfuhr können folgende Parameter ausgefüllt werden: Flüssigkeit in ml, Sondenkosten (berechnet, siehe Folgenpunkt) in ml und orale Kost in Kcal.	x		5			
L22	Bei der Sondenkosten kann die Art (z.b. für Diabetiker) gewählt werden und der verbrauch (1/4, 1/2, 3/4, 1/1) --> hieraus ergeben sich die Kcal.	x		5			
L23	Für Nahrungsaufnahme (Sonde oder Oral) wird eine Kalorien-Anzahl je Tag berechnet	x		5			
L24	Für Flüssigkeits Ein- /Ausfuhr wird eine Bilanz gebildet		x				
L25	Auf Basis der Assesment-Daten können Regel festgelegt werden die einen Alarm auslösen (z.b. Einfuhr / Ausfuhr weicht um x ab)	x		5			
L26	Tinetti						Optionale Postion im Preisblatt
L27	Time up and go						Optionale Postion im Preisblatt
L28	Minimal Demenztest						Optionale Postion im Preisblatt
L29	Berg-Balance-Test						Optionale Postion im Preisblatt
L30	10 Meter Geh Test						Optionale Postion im Preisblatt
L31	Bogenhausener Schlucktest						Optionale Postion im Preisblatt
L32	Aachener Aphasiatetest						Optionale Postion im Preisblatt
L33	Neuropsychologischer Test						Optionale Postion im Preisblatt
L34	Block and Box Test						Optionale Postion im Preisblatt
L35	Nine hole Pack Test						Optionale Postion im Preisblatt
L36	Uhrentest nach Schulmann						Optionale Postion im Preisblatt

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
L37	Handkraft						Optionale Position im Preisblatt
L38	Trunk Kontrolltest						Optionale Position im Preisblatt
L39	Disstress Thermometer						Optionale Position im Preisblatt
L40	Wassertest nach Daniels						Optionale Position im Preisblatt
L41	F.ÄL.THS 004.02 Dyshagiescreening (Siehe anliegendes Formular)						Optionale Position im Preisblatt
L42	Das System kann um weitere Assessments auch nach individuellen Anforderungen erweitert werden	x		5			
L43	Es können grundsätzlich alle standardisierten Tests zur Verfügung gestellt werden, die durch Gesetzgebung oder Kostenträger für alle Fachbereiche der Klinik gefordert werden	x		50			
L44	Würzburger Screening	x		5			
L45	Ansicht eines Assessments im Verlauf	x		5			
L46	- Zeitraum kann gefiltert werden	x		5			
L47	- es sind alle Details inkl. Kommentare ersichtlich	x		5			
L48	Sturzprotokoll (siehe Optiplan oder ähnlich)		x				
<b>M</b>	Alarmierungen						
M1	Auf Basis der Vitalzeichen kann ein Early-Warning-Score ermittelt werden und Warnung ausgegeben werden (z.B. eine Warnung wenn eine Sepsis vorliegen könnte)	x		100			
M2	Auf Basis von der Ein-/Ausfuhr können automatisiert Warnungen ausgegeben werden (z.B. wenn 3 Tage kein Stuhlgang erfolgt ist und eine Intervention nötig ist)	x		100			
<b>N</b>	Pflegesprache						
N1	Pflegesprache POP ist integrierbar	x		30			
N2	Pflegesprache ENP ist integrierbar	x		70			
N3	Pflegesprache kann in den Stammdaten auf benötigte Sprachelemente eingegrenzt werden	x		70			
N4	Die Pflegesprache kann um eigene Elemente erweitert werden	x		30			
<b>O</b>	Verlaufsdokumentation						
O1	Verlaufsdokumentation kann in Freitext geschrieben werden		x				
O2	Verlaufsdokumentation kann mit Textbausteinen gefüllt werden	x		5			
O3	Textbausteine können durch die Klinik selbstständig bearbeitet und erweitert werden	x		20			
O4	Verlaufsdokumentation kann ein Typ zugeordnet werden (z.B. Visite, Angehörigengespräch etc.)	x		15			
O5	Typen können durch die Klinik selbstständig bearbeitet und erweitert werden	x		30			
O6	Benachrichtigung an Person (z.B. Arzt) bei einer Eingabe in die Verlaufsdokumentation die zur Kenntniss genommen werden muss	x		30			
O7	Benachrichtigung an eine Gruppe (z.B. Arzt) bei einer Eingabe in die Verlaufsdokumentation die zur Kenntniss genommen werden muss	x		30			



	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
O8	Markierung von Eingaben als Übergaberelevant (für Schichtwechsel)	x		20			
O9	Ansicht des Verlaufsberichts mit Filter auf Übergaberelevante Informationen	x		30			
O10	Ansicht des Verlaufsberichts mit Filter auf Zeit/Datumsbereich	x		5			
O11	Ansicht des Verlaufsberichts kann ausgedruckt werden	x		5			
O12	Ansicht des Verlaufsberichts mit Filter auf Berufsgruppen	x		5			
O13	Ansicht des Verlaufsberichts mit Filter auf Personen	x		5			
O14	Bei Eingabe im Verlaufsbericht wird Datum, Uhrzeit und Person automatisch erfasst		x				
P	Neuanlage von Fällen in CGM GPM (KIS) und Auswirkungen für die Pflegeplanung						
P1	Alle Maßnahmen, Dokumentationen und Pflegeplanungen bleiben bei Betten-/Zimmerwechsel erhalten und auch dort ist die vollständige Historie einsehbar		x				
P2	Alle Maßnahmen, Dokumentationen und Pflegeplanungen bleiben bei Stationswechsel erhalten und auch dort ist die vollständige Historie einsehbar		x				
P3	Alle Maßnahmen, Dokumentationen und Pflegeplanungen bleiben bei Maßnahmewechsel (Anlage eines Folgefalls) erhalten und auch dort ist die vollständige Historie einsehbar	x		100			
P4	Alle Maßnahmen, Dokumentationen und Pflegeplanungen können aus vorherigen Fällen übernommen werden	x		100			
P5	Bei der Übernahme der Maßnahmen und Pflegeplanungen aus einem vorherigen Fall wird eine Evaluation zwingend gefordert	x		100			
Q	Fieberkurve						
Q1	Alle folgenden Eingaben in die Fieberkurve erfolgen mit Datum, Uhrzeit und Mitarbeiter		x				
Q2	Bei Eingabe kann Datum und Uhrzeit flexibel verändert werden, aktuelles Datum und aktuelle Uhrzeit der Eintragung werden aber nachvollziehbar zusätzlich gespeichert	x		10			
Q3	Wochenansicht/-übersicht		x				
Q4	Tagesansicht/-übersicht (24h)		x				
Q5	Es kann ein Standard für die Ansicht je Station hinterlegt werden	x		5			
Q6	Assessment Ergebniss Blutdruck kann Grafisch dargestellt werden	x		10			
Q7	Assessment Ergebniss Blutdruck kann in Textform dargestellt werden		x				
Q8	Assessment Ergebniss Temperatur kann in Textform dargestellt werden		x				
Q9	Assessment Ergebniss Temperatur kann Grafisch dargestellt werden (Liniendiagramm)	x		10			
Q10	Assessment Ergebniss Herzfrequenz kann Grafisch dargestellt werden	x		10			
Q11	Assessment Ergebniss Herzfrequenz kann in Textform dargestellt werden		x				

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
Q12	Assessment Ergebniss Sauerstoffsättigung aus Blut (SPO2) kann Grafisch dargestellt werden	x		10			
Q13	Assessment Ergebniss Sauerstoffsättigung aus Blut (SPO2) kann in Textform dargestellt werden		x				
Q14	Assessment Ergebniss Blutzucker kann Grafisch dargestellt werden	x		10			
Q15	Assessment Ergebniss Blutzucker kann in Textform dargestellt werden		x				
Q16	Erfassung eines besonderen Ereignisses (z.B. Kollabiert, Reanimation ...)	x		10			
Q17	- Die Auswahl der Ereignisse kann in den Stammdaten hinterlegt werden	x		5			
Q18	- besondere grafische Hervorhebung des Ereignisses (z.B. Symbol oder Farbe)	x		5			
Q19	- neben den Stammdaten können auch Freitexteingaben erfolgen	x		5			
Q20	- die Werte können je Patient individuell angepasst werden	x		5			
Q21	Erfassung von Gewicht und Größe		x				
Q22	- Aus den Parametern Gewicht, Größe, Geschlecht, Alter wird der BMI berechnet und das Ergebnis wird angezeigt	x		5			
Q23	Beim Patienten ist direkt ersichtlich ob eine Patientenverfügung vorliegt (Im Falle einer Reanimation muss ein Arzt wissen, was der Patientenwille ist)	x		20			
Q24	Beim Patienten ist direkt ersichtlich ob und welcher Herzschrittmacher vorhanden ist (Im Falle einer Reanimation muss ein Arzt dies beachten)	x		20			
Q25	Es können Fallmerkmale in der Anwendungskonfiguration definiert werden die mit einem Symbol am Patienten dargestellt werden (Beispiel: Alle Patienten die eine Fußpflege - externe Dienstleistung - wünschen)	x		25			
Q26	Ein externes Ereignis mit Zeitraumbezug kann in der Kurve ersichtlich hinterlegt werden (z.B. Patient ist zum Zahnarzt von 08:00 bis 12:00 Uhr)	x		20			
Q27	Bei der Erfassung eines externen Ereignisses in der Fieberkurve wird im GTP ein Vorschlag für eine Speerzeit im Therapieplan des Patienten erzeugt	x					Optionale Postion im Preisblatt
Q28	In der Fieberkurve werden die geplanten Termine aus GTP angezeigt	x					Optionale Postion im Preisblatt
Q29	Pflegemaßnahmen sind auf Zeitstrahl ersichtlich		x				
Q30	-Pflegemaßnahmen können direkt als erledigt markiert werden		x				
Q31	- Ist Pflegemaßnahme ein Assessment öffnet es sich bei Klick direkt	x		10			
Q32	- Wird ein Assessment eingegeben ist Pflegemaßnahme automatisch erledigt	x		10			
Q33	- Alle erfolgten Assessments werden in der Fieberkurve angezeigt	x		2			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
Q34	- nicht geplante und nicht erfolgte Assessment werden nicht in der Kurve angezeigt (Assessment Beatmung wird z.B. auf der Station D nicht benötigt, und sollte die Kurve nicht aufblähen)	x		10			
Q35	- die erfassten Werte können mit einem Klick angezeigt werden	x		5			
Q36	- Status vergangener Pflegemaßnahme ist ersichtlich (erfolgt / nicht erfolgt)		x				
Q37	- zu einer Pflegemaßnahme kann ein Kommentar erfasst werden	x		3			
Q38	- zu einer Pflegemaßnahme kann ein Kommentar ein Pflichtfeld sein	x		3			
Q39	- zu einer Pflegemaßnahme kann ein Hinweis hinterlegt werden, dass Kommentare erwartet werden	x		3			
Q40	- der Kommentar kann bei der Erfassung direkt optional in den Pflegebericht übernommen werden	x		10			
Q41	Der Anwender kann die Ansicht auf die von ihm benötigten Pflegemaßnahmen filtern	x		10			
Q42	- Die Ansicht kann gespeichert werden und steht beim nächsten Aufruf durch den Anwender erneut zur Verfügung	x		4			
Q43	Pflegemaßnahmen können im Verlauf angezeigt werden	x		15			
Q44	- Filter über Zeitraum	x		10			
Q45	- Filter über eine oder mehrere Pflegemaßnahmen	x		10			
Q46	- Ansicht erfolgt inkl. Zeitpunkt, Benutzer und Kommentar	x		10			
R	Ein-/Ausfuhr						
R1	Einfuhr in ml kann in der Fieberkurve erfasst werden		x				
R2	Ausfuhr in ml kann in der Fieberkurve erfasst werden		x				
R3	Gabe von Sondenkost (mit bestimmten Produkten und Mengen in ml) wird in der Kurve hinterlegt	x		50			
R4	System bildet automatisch Bilanzen und Summen der Ein-/Ausfuhr zu mehreren definierten Zeitpunkte (bei uns nach jeder Schicht / 3x am Tag)	x		50			
R5	Medikamente mit Flüssigkeitsanteil (Sondenkost) werden automatisch mit dem Flüssigkeitsanteil (z.B. 80%) in die Einfuhrbilanz gezählt	x		50			
R6	Zielwert je Patient kann für Bilanz erfasst werden	x		50			
R7	Zielwert je Patient kann für Einfuhr erfasst werden	x		50			
R8	Assessment Stuhlgang (Konsistenz, Menge in Textform)	x		50			
S	Wundmanagement						
S1	Es können mehrere Wunden angelegt werden und mit folgenden Information näher beschrieben werden:		x				
S2	- Pflichtfeld: Wunde besteht seit		x				
S3	- Pflichtfeld: Erworben (Im Haus erworben/Bei der Aufnahme vorhanden)		x				
S4	- Optional: Wundart nach ICD-Katalog (Auswahl) zzgl. Kommentar	x		30			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>S5</b>	- Optional: Neben der Hauptdiagnose können weitere Nebendiagnosen erfasst werden	x		50			
<b>S6</b>	- - ICD kann mit Bezeichnung oder Code gesucht werden	x		10			
<b>S7</b>	- - Die hinterlegte ICD-Nummer kann ins Diagnosecenter übernommen werden	x		30			
<b>S8</b>	- Wunddiagnose mit Auswahlfunktion (z.B. Diabetisches Fußsyndrom)	x		50			
<b>S9</b>	- Pflichtfeld: Wunddiagnose in Freitext wenn keine Auswahlfunktion im Programm vorhanden		x				
<b>S10</b>	- Körpergrafik zur Markierung der Lokalisation der Wunde	x		50			
<b>S11</b>	- Pflichtfeld: Lokalisation in Textform / als Auswahl wenn keinen Grafik im Programm verfügbar ist		x				
<b>S12</b>	- Optional: Angabe, ob Wundmanager erforderlich	x		30			
<b>S13</b>	Durch die Markierung "Wundmanager erforderlich" wird die Aufgabenliste für den Wundmanager generiert	x		50			
<b>T</b>	Wunddokumentation - Verlaufskontrolle						
<b>T1</b>	Erfassung von beliebig vielen Verlaufskontrollen je Wunde mit den nachfolgenden Parametern		x				
<b>T2</b>	Datum und Uhrzeit		x				
<b>T3</b>	Wundexsudat (Mehrfachauswahl: Seriös, eitrig, blutig)	x		20			
<b>T4</b>	Exsudatmanagement (Radio-Auswahl: ausgeglichen, zu trocken, zu feucht)	x		20			
<b>T5</b>	Entzündungszeichen - leichte Rötung (ja, nein)	x		20			
<b>T6</b>	Entzündungszeichen - Schwellung (ja, nein)	x		20			
<b>T7</b>	Entzündungszeichen - Schmerz (ja, nein)	x		25			
<b>T8</b>	Arzt wurde informiert, dass sich die Wunde verändert hat (Checkbox)	x		10			
<b>T9</b>	Größe der Wunde (Länge, Breite, Tiefe)	x		25			
<b>T10</b>	Unterminierung (Freitext)	x		10			
<b>T11</b>	Unterminierung wird als grafisches Element Wunduhr dargestellt	x		10			
<b>T12</b>	Wundfläche / Wundgrund (Mehrfachauswahl: Subcutangewebe, Muskeln, Sehnen, Knochen/Gelenk, Granulation, Epithelinseln, Fibrin, Nekrose feucht, Nekrose trocken, sonstige inkl. Kommentar)	x		15			
<b>T13</b>	Wundrand Zustand (Mehrfachauswahl: Vital, beginnende Epithelisierung, livide, mazeriert, hyperkeratös)	x		15			
<b>T14</b>	Wundrand Form (Radioauswahl: flach, wulstig, unterminiert)	x		10			
<b>T15</b>	Wundrand sonstiges	x		10			
<b>T16</b>	Wundumgebung (Mehrfachauswahl: inkakt, trocken, feucht, atroph, livide, Rötung, Schwellung, Blasenbildung, Juckreiz, Sonstiges inkl. Kommentar)	x		20			
<b>T17</b>	Wundabstrich (Radioauswahl: ja/nein)	x		10			
<b>T18</b>	Wundgeruch (Radioauswahl: unauffällig, auffällig)	x		10			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>T19</b>	Wund- und therapiebedingte Einschränkungen (Freitext)	x		10			
<b>T20</b>	Wund- und therapiebedingte Einschränkungen werden in Folgeerfassung übernommen	x		10			
<b>T21</b>	Besonderheiten / Freitextfeld		x				
<b>T22</b>	Foto		x				
<b>T23</b>	Wundbehandlung, Wundreinigung, Wundauflage, Wundverschluss als Einzelauswahlfelder inkl. Freitextmöglichkeit zur Ergänzung	x		30			
<b>U</b>	Auswertungen und Statistiken						
<b>U1</b>	Katheterstatistik (Anzahl der Kathetertage je Patient, Unterscheidung nach Phasen bzw. Maßnahmentearten, Unterscheidung nach Stationen, Unterscheidung nach Transurethral und SPK)		x				
<b>U2</b>	Dekubitusstatistik (je Station: Dekubitus bei Aufnahme vorhanden oder intern erworben, Grad des Dekubitus)		x				
<b>U3</b>	Sturzstatistik (Stürze je Station und Phase bzw. Maßnahmenteart)		x				
<b>U4</b>	Es können individuelle Statistiken mittels Filter (z.B. auf Station, auf Diagnosen, ...) erstellt werden, die für einen späteren schnelleren Aufruf gespeichert werden können	x		300			
<b>V</b>	Externe Qualitätssicherung						
<b>V1</b>	Es können alle verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL dokumentiert werden						Optionale Postion im Preisblatt
<b>V2</b>	- Bereits erfasste Parameter in der Primärsoftware müssen nicht doppelt erfasst werden						Optionale Postion im Preisblatt
<b>V3</b>	Es wird eine Schnittstelledatei für eine externes Qualitätssicherungsprogramm erstellt welches die bereits dokumentierten Parameter für alle verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren enthält						Optionale Postion im Preisblatt
<b>V4</b>	Es wird eine Schnittstelledatei für eine externes Qualitätssicherungsprogramm erstellt welches die bereits dokumentierten Parameter für das Qualitätssicherungsverfahren QS DEK enthält						Optionale Postion im Preisblatt
<b>V5</b>	Es wird eine Schnittstelledatei für eine externes Qualitätssicherungsprogramm erstellt welches die bereits dokumentierten Parameter für das Qualitätssicherungsverfahren QS CAP enthält						Optionale Postion im Preisblatt
<b>V6</b>	Es wird eine Schnittstelledatei für eine externes Qualitätssicherungsprogramm erstellt welches die bereits dokumentierten Parameter für das Qualitätssicherungsverfahren QS WI enthält						Optionale Postion im Preisblatt
<b>x</b>	PDF Exports durch Anwender						
<b>x1</b>	Pflegeüberleitbogen	x		50			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
x2	Fieberkurve mit allen erfassten Parameter im Verlauf inkl. Datum, Uhrzeit und ausführende Person		x				
x3	Alle Pflegeressourcen, Pflegeziele und erbrachten Pflegemaßnahmen im Verlauf inkl. Datum, Uhrzeit und ausführende Person		x				
x4	Medizinische Verlaufsdocumentation im Verlauf inkl. Datum, Uhrzeit und ausführende Person		x				
x5	Ärztliche Anordnungen im Verlauf inkl. Datum, Uhrzeit und ausführende Person		x				
x6	Wunddocumentation (vollständig aller Daten und Bilder)		x				
x7	Barthel-Index im Verlauf inkl. Allen Unterkategorien, Datum und ausführenden Person	x		30			
x8	Frühreha-Barthel-Index (FRB) im Verlauf allen Unterkategorien, Datum und ausführenden Person		x				
x9	Sturzprotokoll (vollständig aller Daten)		x				
x10	Alle in diesem Block als Pflicht markierte Exports können mit einem Klick als "Bundle" exportiert werden	x		20			
Y	Exports automatisiert						
Y1	Es steht eine Notfallausleitung zur Verfügung die behandlungsrelevante Daten im PDF Format zur Verfügung stellt um Patienten 48 Stunden ohne die Software zu versorgen.		x				
Y2	Die Notfallausleistung wird mindestens alle 8 Stunden automatisch exportiert und in einem Dateiordner abgelegt	x		60			
Y3	Die Notfallausleistung wird mindestens alle 12 Stunden automatisch exportiert und in einem Dateiordner abgelegt	x		50			
Y4	Die Notfallausleistung wird mindestens alle 24 Stunden automatisch exportiert und in einem Dateiordner abgelegt		x				
Y5	Die Ablage der Notfallausleitung erfolgt in Unterordner je Station	x		50			
Y6	Im Dateinamen ist die Station enthalten, sofern keine Unterordner angelegt werden können	x		40			
Y7	Die Ablage der Notfallausleitung folgt mit Patientennamen (Vor- und Nachname) und Geburtsdatum im Dateinamen		x				
Y8	Bei der Ablage der Notfallausleitung ist der Arbeitsbereich (z.b. Bereich oder Station) über einen Ordner, eine Kennzeichnung im Dateinamen oder eine anderweitige Kennzeichnung ersichtlich		x				
Y9	Alle Exports die im Bereich "PDF Exports durch Anwender" als Pflicht markiert sind werden nach Abreise automatisch in einen definierten Ordner exportiert.	x		50			
Y10	- der Export erfolgt 2 Tage nach Abreise	x		50			
ZA	Pflege-Behandlungsdokumentation Darstellung als mobiles Device System						

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>ZA1</b>	Das System unterstützt die Darstellung auf mobilen Endgeräten (Handys) als native App oder Webanwendung zumindest für einen Teil der Funktionen		x				
<b>ZA2</b>	- Anzeige der aktuell notwendigen Pflegemaßnahmen	x		30			
<b>ZA3</b>	- Bestätigung der erbrachten Pflegemaßnahmen	x		25			
<b>ZA4</b>	- Erfassung von ungeplanten Pflegemaßnahmen	x		25			
<b>ZA5</b>	- Erfassung von Vitalparametern (Blutdruck, Puls, Temperatur,...)	x		30			
<b>ZA6</b>	- Ein- / Ausfuhr / Stuhlgang	x		30			
<b>ZA7</b>	- Wunddokumentation (insbesondere Fotos)	x		30			
<b>ZA8</b>	- Schmerz-Assessment	x		30			
<b>ZB</b>	Anbindungen weitere Systeme						
<b>ZB1</b>	Es werden Datenbankzugangsdaten (lesend) zur Verfügung gestellt oder deren Einrichtung ermöglicht		x				
<b>ZB2</b>	Das System bietet Schnittstellen zum entgegennehmen von Vitalparametern aus externen Systemen (Schnittstelle muss nicht im Angebot enthalten sein, die Möglichkeit muss aber bestehen)		x				
<b>ZB3</b>	Übernahme der Daten aus der Beatmung aller gängigen Hersteller (mind. Beatmungsmodus, Atemfrequenz, Inspirationszeit, Atemzugvolumen, Inspirationsflow, Inspirationsdruck, positiver endexpiratorischer Druck, O2 Konzentration, Atemwegsdruckmessung, Flowmessung, Minutenvolumenmessung, Messung des Atemzeitvolumens, Frequenzmessung, O2 Messung)	x		37,5			
<b>ZB4</b>	Übernahme der Daten von Infusiomaten aller gängigen Hersteller	x		37,5			
<b>ZB5</b>	Übernahme der Daten aus der Monitorüberwachung (Puls, Blutdruck, SPo2, Temperatur, Atemfrequenz) aller gängigen Hersteller	x		37,5			
<b>ZB6</b>	Übernahme der Daten aus der Blutgasanalyse aller gängigen Hersteller	x		37,5			
<b>ZB7</b>	Das System nutzt die Patientenstammdaten aus dem System "CGM Systema Reha (G2)"		x				
<b>ZB8</b>	Das System bietet eine Schnittstelle mit der Allergien und Unverträglichkeiten an das System übergeben werden können	x		37,5			
<b>ZB9</b>	Das System bietet eine Schnittstelle mit der Allergien und Unverträglichkeiten an ein Dritt-System übergeben werden können	x		37,5			
<b>ZB10</b>	Die Software lässt sich in den CGM KA (Klinischen Arbeitsplatz) mittels Fremdsystemaufruf integrieren. (Hinweis: Es ist z.B. ein Browseraufruf mit Patientenübergabe möglich)	x		37,5			

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>ZB11</b>	Infektionen (z.B. 3MRGN, MRSA, VRE) können über eine Schnittstelle für alle Patienten abgerufen werden oder werden an eine Schnittstelle übermittelt werden (Hinweis: Die Infektionen müssen auch in das Primäre System von CGM in die Fallmerkmale übernommen werden, hierfür wird eine individuelle Kommunikation programmiert - es wird daher die Möglichkeit zum Abrufen oder Pushen der Informationen benötigt. Bei Abruf muss diese mindestens 3x täglich für alle Patienten erfolgen)	x		37,5			
<b>ZC</b>	Support / Schulung						
<b>ZC1</b>	Es wird eine Anwenderhotline an Wochentagen in der Zeit von 8-16 Uhr zur Verfügung gestellt		x				
<b>ZC2</b>	Es wird eine Anwenderhotline an Wochentagen in der Zeit von 8-18 Uhr zur Verfügung gestellt	x		40			
<b>ZC3</b>	Es wird eine technische Notfallhotline für die IT Technik mit einer 24/7 Erreichbarkeit (jeder Wochentag, rund um die Uhr) zur Verfügung gestellt		x				
<b>ZC4</b>	Anwenderhotline und Notfallhotline sind in deutscher Sprache Verfügbar		x				
<b>ZC5</b>	Der Anbieter bietet Unterstützung bei der Installation und Implementierung der angebotenen Lösung. (Rollout, Erstkonfiguration)		x				
<b>ZC6</b>	Der Anbieter/Hersteller bietet regelmäßig die Möglichkeit an Online-Trainings teilzunehmen.	x		40			
<b>ZC7</b>	Der Anbieter bietet technische Dokumentationen für die angebotene Softwarelösung, einschließlich Benutzerhandbücher und Versionenhinweise in Deutsch oder Englisch an.		x				
<b>ZC8</b>	Der Support kann mittels RDP über ein von den Krankenhäusern bereitgestellte VPN SSL Portal oder TeamViewer / AnyDesk oder Ähnlich durchgeführt werden.	x		40			
<b>ZC9</b>	Die angebotene Leistung unterliegt der kontinuierlichen technischen Weiterentwicklung was die Kompatibilität zu den Betriebssystemen Microsoft Windows, aktuellen Browsern und ggf. Apple iOS und Android.	x		40			
<b>ZC10</b>	Die angebotenen Applikationen werden regelmäßig im Rahmen von Updates bzw. Patches an den aktuellen Stand der IT Sicherheit angepasst.		x				
<b>ZC11</b>	Die angebotenen Applikationen werden regelmäßig im Rahmen von Updates im Funktionsumfang erweitert bzw. angepasst.	x		40			
<b>ZC12</b>	Die angebotenen Applikationen werden regelmäßig im Rahmen von Updates an die rechtlichen Anforderungen angepasst.		x				
<b>ZD</b>	Allgemeine Anforderungen						
<b>ZD1</b>	Das System wird OnPremise (auf Server vor Ort beim Auftraggeber) zur Verfügung gestellt		x				



	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
ZD2	Der Betrieb eines Testsystems ist in der Lizenz inkludiert		x				
ZD3	Die Software ist lauffähig auf Computern mit Windows 10 oder neuer		x				
ZD4	Die Software ist lauffähig auf Windows Terminal Server 2019 oder neuer		x				
ZD5	Die Software bieten einen automatischen Login auf Basis der Windows Anmeldung (keine erneute Kennworteingabe notwendig)	x		35			
ZD6	Es ist eine Integration der CGM G3 Medikation möglich	x		35			
ZD7	- die Medikation kann visuell in die Fieberkurve integriert werden	x		30			
ZD8	Das System besitzt Schnittstellen um seine Daten mit einer zentralen IOP (Interoperabilitätsplattform) zu teilen		x				
ZD9	Folgende Antwortzeiten der Hauptanwendung sind zu gewährleisten:						
ZD10	- Login Prozesse 2000 ms	x		50			
ZD11	- Login Prozesse 5000 ms		x				
ZD12	- Funktionen in Apps 500 ms	x		50			
ZD13	- Funktionen in Apps 1000 ms		x				
ZD14	- Funktionen auf Webseiten 500 ms	x		50			
ZD15	- Funktionen auf Webseiten 1000 ms		x				
ZD16	- Anzeige von Fragebögen 1000ms	x		50			
ZD17	- Anzeige von Fragebögen 2000ms		x				
<b>ZE</b>	<b>Datenschutz</b>						
ZE1	Es muss sichergestellt sein, dass die Datenübertragung DS-GVO und BDSG konform stattfinden kann		x				
ZE2	Der Anbieter stellt alle Dokumente für eine Datenschutzfolgeabschätzung zur Verfügung oder er wirkt dabei aktiv mit		x				
<b>ZF</b>	<b>KHZG FT 3 Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation</b>						
ZF1	Es werden alle Pflichtkriterien des KHZG FT 3 Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation erfüllt. Ausgenommen hiervon sind Daten der Therapieplanung, Medikation und der Labordaten für die bereits Systeme bestehen		x				
ZF2	Anforderungen: Die Dokumentation entspricht den gesetzlichen Anforderungen nach § 630f BGB: Dokumentation der Behandlung.		x				
ZF3	Elektronische Dokumentation: Das Vorhaben ermöglicht eine Umstellung auf eine rein elektronische Dokumentation und vermeidet damit parallele Dokumentation (papierbasierte und elektronische Krankenhausakte).		x				

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
ZF4	Bereichübergreifende Dokumentation: Das Vorhaben ermöglicht eine einheitliche, intern bereichsübergreifende elektronische Dokumentation für alle am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Leistungserbringer innerhalb einer Fachabteilung oder des Krankenhauses insgesamt. Es ermöglicht außerdem eine syntaktische, semantische und organisatorische Interoperabilität zu weiteren aktiven Systemen und Geräten im Krankenhaus oder außerhalb der Einrichtung, die Informationen der Pflege- und Behandlungsdokumentation verarbeiten.		x				
ZF5	Änderungsverfolgung: Das Vorhaben ermöglicht es den berechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, nachvollziehen zu können, welche Änderungen durch wen in der Dokumentation getätigt worden sind. Die Funktion ist dabei transparent und entspricht den datenschutzrechtlichen Vorgaben.		x				
ZF6	Textbausteine: Das Vorhaben ermöglicht es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Textbausteine zu verwenden - mittels eines fachübergreifenden und einheitlich hinterlegten Terminus (basierend auf internationalen Standards).		x				
ZF7	Fehlermeldung: Das Vorhaben ermöglicht es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, direkte Meldungen im bzw. an das hausinterne Fehlermeldesystem durchzuführen (Critical Incident Reporting System).		x				
ZF8	Patientenakte: Das Vorhaben ermöglicht es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, relevante Unterlagen, die im Rahmen der Pflegedokumentation erstellt werden, digital und lückenlos in der digitalen einrichtungsinternen Akte der Patientin und des Patienten zu erfassen. (Dies umfasst u.a.: die Patientenstammdaten, Pflegeanamnese, das Biografieblatt, die Pflegeplanung, den Pflegebericht, die Durchführungsnachweise, Wunddokumentationen, Fieberkurven, Schmerzerfassungen, Trinkprotokolle, Sturzprotokolle, Erfassung des Barthel-Index, Dekubituseinschätzung, Leistungsdokumentation komplexer Pflegeleistungen, Notfallbericht).		x				
ZF9	Verfügbarkeit: Das Vorhaben ermöglicht es den berechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, relevante Daten und Unterlagen der Patientin und des Patienten im Krankenhaus ortsunabhängig, unmittelbar und vollständig einsehen zu können (hierzu zählen ebenso , Intensivdokumentation, etc.).		x				
ZF10	Übersicht: Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern können eine Übersicht über bereits getätigte bzw. ausstehende Dokumentationen erhalten.		x				
ZF11	Pflegebericht: Das Vorhaben ermöglicht die Bereitstellung eines Pflegeberichtes.		x				

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
ZF12	Hinweise: Das System verfügt über Checklisten, Erinnerungshilfen bzw. Signalfunktionen, wenn notwendige (Pflicht-)Eingaben fehlerhaft oder unvollständig sind		x				
ZF13	Ortsunabhängige Dokumentation: Das Vorhaben ermöglicht es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, unmittelbar und ortsunabhängig im Krankenhaus relevante Daten und Unterlagen der Patientin bzw. des Patienten vollständig zu erstellen oder dokumentieren zu können.		x				
ZF14	Hygiene: Das Vorhaben unterstützt den Hygienebereich, z. B. durch die Erkennung von MRSA Risiken.	x		10			
ZF15	Pflegebedarf: Das Vorhaben ermöglicht eine automatische Ableitung der Pflegeminuten je Pflegemaßnahme zur Kalkulation des Pflegebedarfes je Patientin bzw. Patient.		x				
ZG	KHZG FT 4: Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen						
ZG1	Es werden die folgenden Pflichtkriterien des KHZG FT 4 - Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen erfüllt		x				
ZG2	Strukturierte Aufnahme: Klinische Patientendaten können in strukturierter Form elektronisch aufgenommen werden.		x				
ZG3	Empfehlungen: Das System kann individualisierte Empfehlungen und Hinweise geben, z. B. in Bezug auf die Diagnose und Therapie sowie zur Medikation und dessen Verordnung bei der jeweiligen Patientin oder dem Patienten. Dies erfolgt auf Basis klinischer Patientendaten in Verknüpfung mit weiteren Daten, Systemen und Wissensdatenbanken bzw. ggf. systemeigenen Datenbanken.		x				
ZG4	Warnfunktion: Das System kann auf Basis klinischer Patientendaten (in Verknüpfung mit weiteren Daten/Systemen) Erinnerungs- und Warnsignalfunktionen ausgeben. Z.B. im Rahmen des Medikationsmanagements oder eines Telemonitorings.		x				
ZG5	Datenvalidität: Das System kann standardisierte Mechanismen zur Gewährleistung der Datenvalidität und deren Integrität von der Datenquelle/den verschiedenen Datenquellen über die Systeme hinweg bis zur Nutzung durch ein KI-System einsetzen.		x				
ZG6	Entscheidungsunterstützung: Das System kann den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses eine Entscheidungsunterstützung bieten, z. B. hinsichtlich der einzuleitenden Pflegemaßnahmen (medizinische Leitlinien, klinische Pfade, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Leitlinien).		x				
ZG7	Dokumentation: Das System ermöglicht eine (sofern erforderlich) gerichtsfeste und nachvollziehbare Dokumentation des Entscheidungsprozesses.		x				

	Funktion	Wunsch	Pflicht	Punkte	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>ZG8</b>	Plausibilitätsprüfung: Das System bietet die Möglichkeit der Plausibilitätsprüfung/Evaluation durch das Fachpersonal sowie die anschließende Möglichkeit, Feedback abzugeben (entweder zur Validierung der Ergebnisse oder zur nachträglichen Datenreannotierung).		x				
<b>ZG9</b>	Dokumentierte Nichtbeachtung: Das System bietet die Möglichkeit, Nichtbeachtung der KI- oder Systemempfehlung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufzuweisen.		x				
<b>ZG10</b>	Zugriff: Das System gewährleistet, dass alle relevanten Informationen aus Entscheidungsunterstützungssystemen elektronisch und direkt über das entsprechende Krankenhausinformationssystem bzw. klinische Arbeitsplatzsystem erreichbar sind.		x				

**Gesamt**

**6710**