

Versand des Prüfberichts

Information zum Austausch von vertraulichen Daten

Nach § 115 SGB XI hat der Medizinische Dienst das Ergebnis der Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen

- den Landesverbänden der Pflegekassen
 - den zuständigen Sozialhilfeträgern
 - der betroffenen Pflegeeinrichtung
- mitzuteilen.

Pflegedienst

Name des Pflegedienstes: _____

IK-Nummer: _____

Der Prüfbericht wird ausschließlich als Download zur Verfügung gestellt.

E-Mail des Trägers /der Einrichtung für die Zustellung des Prüfberichtes	
---	--

Nach Fertigstellung des Prüfberichtes erhalten Sie eine E-Mail mit dem Hinweis, dass **vertrauliche Daten** zur Verfügung stehen. Der Prüfbericht ist nach Zusendung der E-Mail maximal **30 Tage abrufbar**. Den Prüfbericht können Sie **ausschließlich über ein Passwort** abrufen.

Sie erhalten nach Zusendung der E-Mail das **Passwort** unter der untenstehenden Telefonnummer an Werktagen Montag – Freitag von 13.00 Uhr bis 16:00

07721 / 8995 - 2100

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stempel des Pflegedienstes:

MD interner Hinweis: Grau unterlegte Felder nicht in MDconnect ändern. Bei Abweichungen zu den Stammdaten zeitnah das Auftragsmanagement QP über die Änderung informieren.

Daten zum Pflegedienst	
Name des Pflegedienstes	
Straße	
PLZ / Ort	
Institutionskennzeichen (IK- Nummer)	
Federführender Landesverband der Pflegekassen	
Telefon	
Fax	
E-Mail (zur Ankündigung der Qualitätsprüfung)	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber	
Trägerart	privat freigemeinnützig öffentlich
ggf. Trägerverband	
Datum Versorgungsvertrag (TT.MM.JJJJ)	
Datum Inbetriebnahme (TT.MM.JJJJ)	
Verantwortliche Pflegefachkraft (Name)	
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft (Name)	
Ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
Zertifizierung	liegt vor liegt nicht vor
Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a SGB V	
Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	
E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	
Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	
Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	
Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	ja nein

*Datenclearingstelle für die Übermittlung der Transparenzberichte und Ansprechpartner für die DCS

Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den versorgten Personen:

- Aktuelle nach Pflegegrad sortierte Liste aller versorgten Personen (mit Namen), die Sachleistungen nach § 36 SGB XI und nach § 39 SGB XI erhalten, in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen.
- Aktuelle Liste aller versorgten Personen (mit Namen), die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V mit folgenden Ziffern erhalten, unabhängig davon, ob ein Sachleistungsbezug nach dem SGB XI besteht. Hierzu zählen auch versorgte Personen, die Leistungen der privaten Pflegeversicherung beziehen:
 - Ziffer 6 Absaugen
 - Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
 - Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle
 - Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
 - Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen
 - Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde
- Wenn eine Kooperation mit einem Pflegedienst besteht, für den Sie die Fachaufsicht haben und die Leistungen abrechnen, führen Sie die versorgten Personen des Kooperationspartners bitte mit auf.

Versorgungssituation:

	Gesamtzahl der versorgten Personen (ohne Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI)	Personen die ausschließlich SGB XI Leistungen erhalten	Personen die ausschließlich SGB V Leistungen erhalten	Personen die SGB XI und SGB V Leistungen erhalten	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den versorgten Personen:	Anzahl Personen
Wachkoma	
Beatmungspflicht	
Dekubitus (ab Kategorie II)	
Blasenkateter (transurethral oder suprapubisch)	
PEG-Sonden	
Fixierung (unabhängig von der Art der FEM)	
Kontraktur (ein physiologischer Bewegungsablauf ist aufgrund versteifter Gelenke nicht mehr möglich)	
Vollständige Immobilität (die Lage im Bett kann nicht mehr selbstständig verändert werden)	
Tracheostoma	
Multiresistenten Erregern	

Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:	Anzahl Personen
Ziffer 24 – Krankenbeobachtung, spezielle	
Ziffer 31a – Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	
Ziffer 30 – Venenkatheter, Pflege des zentralen	
Ziffer 6 – Absaugen	
Ziffer 8 – Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	
Ziffer 29 – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	

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

Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
a) Schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept? (Bitte Konzept bereitlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen
<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege
<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung
<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft
<input type="checkbox"/> Nachtdienst

Werden Pflegeverträge mit den versorgten Person abgeschlossen? (Bitte entsprechenden Nachweis bereitlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es verbindliche Verfahrensanweisungen für den Erstbesuch bei der versorgten Person? (Bitte entsprechenden Nachweis bereitlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt? (Bitte entsprechenden Nachweis bereitlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname:	
Berufsbezeichnung:	
sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang Stunden pro Woche
Weiterbildungsmaßnahme zur Leitungsqualifikation (Bezeichnung):	
Stundenumfang der Leitungsqualifikation:	
In der direkten Pflege tätig, mit welchem Stundenumfang Stunden pro Woche
Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname:	
Berufsbezeichnung:	
Sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang Stunden pro Woche
Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel des Pflegedienstes:

Bitte geben Sie den Stellenumfang bei Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten in Stunden pro Woche an.

Nach Angabe des Pflegedienstes: Zusammensetzung Personal (direkt in der Pflegeeinrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
geeignete Kräfte	Vollzeit (Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
verantwortliche Pflegefachkraft						
stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/innen						
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen						
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen						

Nach Angabe des Pflegedienstes: Zusammensetzung Personal (direkt in der Pflegeeinrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
geeignete Kräfte	Vollzeit (Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
Heilerziehungspfleger/innen						
Krankenpflegehelfer/innen						
Altenpflegehelfer/innen						
Medizinische Fachangestellte/r						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst- leistende						
Freiwilliges soziales Jahr						

Nach Angabe des Pflegedienstes: Zusammensetzung Personal (direkt in der Pflegeeinrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
geeignete Kräfte	Vollzeit (Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
Sonstige						
Betreuung						
Mitarbeiter/innen Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
Hauswirtschaftliche Mitarbeiter/innen						

Zur Erhebung der Strukturdaten Ihrer Pflegeeinrichtung empfehlen wir Ihnen folgende Unterlagen zur Einsicht bereit zu legen:

- Versorgungsvertrag
- Aktuelle Vergütungsvereinbarungen / Preisvereinbarungen
- Aktuelle Personalliste mit Angabe zur Berufsbezeichnung und zum Beschäftigungsumfang in **Stunden pro Woche**
- Nachweise zum Führen der Berufsbezeichnung (Urkunden der Mitarbeitenden)
- Regelungen zum Datenschutz
- Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für
 - die verantwortliche Pflegefachkraft
 - Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft
- Nachweise über die fachliche Anleitung und Überprüfung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung, die körperbezogene Pflegemaßnahmen erbringen
- Dienst- und Tourenpläne
- Nachweis der ständigen Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes
- Nachweis der Implementierung der zwei exemplarisch ausgewählten Expertenstandards beispielsweise standardspezifische Fortbildungsnachweise, Protokolle von Arbeitsgruppensitzung zur Anpassung des Standards an die Bedingungen im ambulanten Pflegedienst
- Handzeichenliste
- Prospektiver Fortbildungsplan sowie eine Regelung zur Einbeziehung aller in der Grund- und/oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Qualitätsmanagementhandbuch
- Verfahrensanweisungen zum Verhalten in Notfällen
- Nachweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Schulung in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen
- Nachweis einer verbindlichen Regelung zur Durchführung des Erstbesuches
- Schriftliche Regelung/Verfahrensanweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden
- Hygienestandards / Hygienepläne / Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Hygiene

Für alle Personen die im Rahmen der Stichprobe ausgewählt wurden, benötigen wir folgende Unterlagen zur Einsicht:

- Pflegevertrag
- Aktueller Kostenvoranschlag
- Leistungsnachweise und Rechnungen für die SGB XI Leistungen
- Leistungsnachweise und Rechnungen für die SGB V Leistungen
- Ärztliche Verordnungen und Genehmigung der Krankenkasse für Leistungen nach § 37 SGB V
- Durchführungsnachweise (falls geführt werden)
- Handzeichenliste
- Stundennachweise
- Dienst- und Tourenpläne
- Pflegedokumentation