

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.

Ambulanter Betreuungsdienst

Name der Einrichtung: _____

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 ambulanten Betreuungsdienstes:

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 ambulanten Betreuungsdienst	
Name des Betreuungsdienstes	
Straße	
PLZ / Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	
Federführender Landesverband der Pflegekassen	
Telefon	
Fax	
E-Mail (zur Ankündigung der Qualitätsprüfung)	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber	
Trägerart	privat freigemeinnützig öffentlich
ggf. Trägerverband	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag (TT.MM.JJJJ)	
Datum Inbetriebnahme (TT.MM.JJJJ)	
Verantwortliche Fachkraft (Name, Vorname)	
Stellv. verantwortliche Fachkraft (Name, Vorname)	
Ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	

Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den versorgten Personen:

- eine nach Pflegegrad sortierte Liste aller Personen (mit Namen), die Sachleistungen nach dem SGB XI in Form von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung in Anspruch nehmen.
- Wenn eine Kooperation mit einem anderen Betreuungsdienst besteht, für den Sie die Fachaufsicht haben und die Leistungen abrechnen, führen Sie die versorgten Personen des Kooperationspartners bitte mit auf.

Versorgungssituation:

		davon		
	Gesamtzahl der versorgten Personen	ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen	ausschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung	kombiniert pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung
versorgte Personen				

<u>Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</u>
ja nein
Wenn ja, welche?
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen
Hilfen bei der Haushaltsführung

<u>Besteht eine Zusammenarbeit mit</u>
ambulanten Pflegediensten
Selbsthilfegruppen
ehrenamtlichen Personen
Pflegerstützpunkten
sonstige:

Verantwortliche Fachkraft

Name, Vorname:	
Berufsbezeichnung:	
sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang Stunden pro Woche
Weiterbildung zur Leitungsqualifikation oder Weiterbildung durch Studium (Bezeichnung):	
Stundenumfang der Leitungsqualifikation:	

Stellvertretende verantwortliche Fachkraft

Name, Vorname:	
Berufsbezeichnung:	
Sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang Stunden pro Woche

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stempel des ambulanten Betreuungsdienstes

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

Nach Angabe des ambulanten Betreuungsdienstes: Zusammensetzung Personal (direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
geeignete Personen	Vollzeit (Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	
verantwortliche Fachkraft						
Stellv. verantwortliche Fachkraft						
Betreuungskräfte nach § 53b SGB XI						
	Hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter					

Zur Erhebung der Strukturdaten Ihres ambulanten Betreuungsdienstes legen Sie bitte

ZUR MITNAHME bereit:

- Selbstauskunftsbogen des ambulanten Betreuungsdienstes

Zur Erhebung der Strukturdaten Ihres ambulanten Betreuungsdienstes empfehlen wir Ihnen folgende Unterlagen zur EINSICHT bereit zu legen:

- Versorgungsvertrag
- Aktuelle Vergütungsvereinbarung
- Nachweis über die Fachausbildung und Leitungsqualifikation der verantwortlichen Fachkraft
- Nachweis über die Fachausbildung der stellvertretenden verantwortlichen Fachkraft
- Nachweis der Qualifikation aller eingesetzten Betreuungskräfte gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinien oder Nachweis der begonnenen Qualifikationsmaßnahme
- Nachweis der Fortbildungsmaßnahmen der zusätzlichen Betreuungskräfte
- Schriftliches Konzept des ambulanten Betreuungsdienstes
- Nachweis externer Reflexionen (z.B. fachliche Supervision oder Coaching)
- Nachweis von Fallbesprechungen
- Schriftliche Regelungen zum Umgang mit Beschwerden bzw. zum Beschwerdemanagement
- Notfallplan mit Sofortmaßnahmen beim Auftreten eines Notfalls bei der versorgten Person

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

- Vertrag nach § 120 SGB XI
- Aktueller Kostenvoranschlag
- Leistungsnachweise und Rechnungen für die SGB XI Leistungen
- Durchführungsnachweise (falls geführt werden)
- Handzeichenliste
- Stundennachweise
- Dienst- und Tourenpläne
- Dokumentation