

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			
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				

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?

ja nein

Wenn ja, welche?

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Hilfen bei der Haushaltsführung

Besteht eine Zusammenarbeit mit

ambulanten Pflegediensten

Selbsthilfegruppen

ehrenamtlichen Personen

Pflegestützpunkten

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