

## 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	
---	--

Bitte bei handschriftlichem Eintrag leserlich in Druckschrift ausfüllen – vielen Dank.	
--	--

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 Uhr

**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.

<b>Daten zum Pflegedienst</b>	
Name des Pflegedienstes	
Straße	
PLZ / Ort	
<b>Institutionskennzeichen (IK-Nummer)</b>	
<b>Federführender Landesverband der Pflegekassen</b>	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
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
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 <b>Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung</b> der HKP Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht? **	ja nein

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

\*\* Personen, die Leistungen nach § 37c SGB V (Außerklinische Intensivpflege) erhalten.

**Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den versorgten Personen:**

- 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:**

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

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

<b>Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:</b>	Anzahl Personen
<b>Ziffer 24</b> – Krankenbeobachtung, spezielle (Leistungen nach § 37c SGB V – AKI)	
<b>Ziffer 31a</b> – Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	
<b>Ziffer 30</b> – Venenkatheter, Pflege des zentralen	
<b>Ziffer 6</b> – Absaugen	
<b>Ziffer 8</b> – Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	
<b>Ziffer 29</b> – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	

**Verantwortliche Pflegefachkraft**

Name, Vorname:	
Berufsbezeichnung:	
sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang	..... <b>Stunden pro Woche</b>
Weiterbildungsmaßnahme zur Leitungsqualifikation (Bezeichnung):	
Stundenumfang der Leitungsqualifikation:	
In der direkten Pflege tätig, mit welchem Stundenumfang	..... <b>Stunden pro Woche</b>

**Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

Name, Vorname:	
Berufsbezeichnung:	
Sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang	..... <b>Stunden pro Woche</b>

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
<b>Pflege</b>						
verantwortliche Pflegefachkraft						
stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/innen						
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen						
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen						

Hinweis: Mitarbeitende mit einer Ausbildung als Pflegefachfrau / Pflegefachmann führen Sie bitte unter Gesundheits- und Krankenpfleger/in auf

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
<b>Pflege</b>						
Heilerziehungspfleger/innen						
Krankenpflegehelfer/innen						
Altenpflegehelfer/innen						
Medizinische Fachangestellte/r						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst- leistende						
Freiwilliges soziales Jahr						

<b>Nach Angabe des Pflegedienstes: Zusammensetzung Personal</b> (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
<b>Pflege</b>						
Sonstige						
<b>Betreuung</b>						
Mitarbeiter/innen Betreuung						
<b>Hilfen bei der Haushaltsführung</b>						
Hauswirtschaftliche Mitarbeiter/innen						

**Zur Erhebung der STICHPROBE legen Sie bitte folgende Unterlagen bereit:**

- Aktuelle Übersicht der versorgten Personen (mit Namen) die körperbezogenen Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI und nach § 39 SGB XI erhalten, wenn möglich nach Pflegegrad sortiert.
- Aktuelle Übersicht 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 (Leistungen nach § 37c SGB V - AKI)
  - Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
  - Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen
  - Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

**Zur MITNAHME legen Sie bitte folgende Unterlagen bereit:**

- Ausgefüllter Selbstauskunftsbogen des ambulanten Pflegedienstes

**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
- Aus- / Fortbildungsnachweise der in der Betreuung beschäftigten Mitarbeitenden
- Dienst- und Tourenpläne
- Handzeichenliste einschließlich lebenslanger Beschäftigungsnummer (LBNR)
- 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
- 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 diese geführt werden)
- Stundennachweise
- Pflegedokumentation

Die Unterlagen können auch in digitaler Form vorliegen