

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.

Das **Passwort** erhalten Sie von unserem Prüfteam bei der Qualitätsprüfung.
Bei Fragen oder technischen Problemen sind wir Ihnen gerne unter der untenstehenden Telefonnummer Montag – Freitag von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr behilflich.

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	
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 Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung 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:

	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)	
Blasenkatheter (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 (Leistungen nach § 37c SGB V – AKI)	
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	

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

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname:	
Berufsbezeichnung:	
Sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang	 Stunden pro Woche

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)						
_____ Std. (Stunden/Woche)	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
geeignete Kräfte	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						

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	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						
angelernende 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	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 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