

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 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** haben Sie von unserem Prüfteam bei der Qualitätsprüfung bereits erhalten. 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 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.

Angaben 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. Verband	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag (TT.MM.JJJJ)	
Datum Inbetriebnahme (TT.MM.JJJJ)	
Verantwortliche Fachkraft (Name, Vorname)	
Stellv. verantwortliche Fachkraft (Name, Vorname)	
Ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	
E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	

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

Versorgungssituation:

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

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

Zur Erhebung der STICHPROBE legen Sie bitte folgende Unterlagen bereit:

- Eine nach Pflegegrad sortierte Liste aller Personen (mit Namen, Vorname), die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (pflegerische Betreuungsmaßnahmen) erhalten. Bitte führen sie auch privatversicherte Personen mit auf.
- Nicht zu berücksichtigen sind Personen, die
 - ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung nach dem SGB XI,
 - ausschließlich Betreuungs- oder Entlastungsleistungen nach § 45a Absatz 1 SGB XI bzw. § 45b Absatz 1 Nr. 3 SGB XI oder
 - eine Kombination dieser beiden genannten Leistungen erhalten.

Zur Erhebung der Strukturdaten Ihres ambulanten Betreuungsdienstes legen Sie bitte

ZUR MITNAHME bereit:

- Ausgefüllter 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
- Verfahrensanweisungen / Unterlagen zum internen Qualitätsmanagement (z. B. Fallbesprechungen, Visiten, interne Audits, Nutzung von Kennzahlen)
- Hygieneplan entsprechend den fachlichen Empfehlungen der KRINKO

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

- Betreuungsvertrag und aktueller Kostenvoranschlag
- Leistungsnachweise / Durchführungsnachweise
- Rechnungen für die abgerechneten SGB XI Leistungen
- Durchführungsnachweise
- Handzeichenliste einschließlich lebenslanger Beschäftigungsnummer (LBNR)
- Einsatz- oder Tourenpläne
- Stundennachweise
- Dokumentation

Die Unterlagen können auch in digitaler Form vorliegen