

Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung:

Die DCS* (*Datenclearingstelle) übermittelt Ihnen den vorläufigen Transparenzbericht, nachdem Sie den Prüfbericht erhalten haben. Zur Sicherstellung einer zeitnahen Übermittlung des vorläufigen Transparenzberichtes müssen folgende Informationen im Prüfbericht korrekt angegeben werden. Daher möchten wir Sie bitten, diese Angaben **gut leserlich** zu dokumentieren.

Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung	
Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Institutionskennzeichen	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber	
Trägerart	privat freigemeinnützig öffentlich
ggf. Verband	
Datum Versorgungsvertrag (TT.MM.JJ)	
Datum Inbetriebnahme (TT.MM.JJ)	
Verantwortliche Pflegefachkraft (Name)	
Stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft (Name)	
Ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
Zertifizierung	liegt vor liegt nicht vor
Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V	
Name Ansprechpartner DCS*	
E-Mail Ansprechpartner DCS*	
Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS*	
Faxnummer 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

Erklärung der qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung/des Trägers

Nach § 115 SGB XI hat der MDK das Ergebnis der Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen

- den Landesverbänden der Pflegekassen
- den zuständigen Sozialhilfeträgern
- der betroffenen Pflegeeinrichtung

mitzuteilen.

Wenn Ihr Träger einverstanden ist, versenden wir (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg) den Prüfbericht auch an Ihren Trägerverband.

Träger Ihrer Pflegeeinrichtung

Name: _____

Adresse: _____

Der Träger ist mit der Versendung des Prüfberichtes an Ihren

Verband _____, in dem Sie Mitglied sind
(zum Beispiel: BAD, bpa, Caritasverband, Diakonisches Werk, VDAB, etc.) einverstanden:

Ja

Nein

Der Träger Ihrer Pflegeeinrichtung ist damit einverstanden, dass der Prüfbericht an alle gesetzlich definierten Empfänger, den Träger und bei vorliegender Einwilligung auch an den Verband, in dem er Mitglied ist,

per Mail versendet wird.

E-Mail des Trägers für die Zustellung des Prüfberichtes	
---	--

oder

per Post versendet wird.

Das Informationsschreiben zur Online-Zufriedenheitsbefragung haben wir erhalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel der Pflegeeinrichtung:

Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den versorgten Personen:

- Aktuelle nach Pflegegrad sortierte Liste aller versorgten Personen (mit Namen), die Sachleistungen nach § 36 SGB XI und nach § 39 SGB XI erhalten, in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen.
- Aktuelle Liste 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 12 Dekubitusbehandlung
 - Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung
 - Ziffer 29 Trachealkanüle Wechsel und Pflege
 - Ziffer 30 Venenkatheter
 - Ziffer 31 Verbände Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (keine Kompressionsverbände)
- 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 Pflegebedürftigen:	Anzahl Personen
Wachkoma	
Beatmungspflicht	
Dekubitus (alle Personen mit einem Dekubitus ab Stadium II)	
Blasenkatheeter (alle Personen mit einem transurethralen oder suprapubischen Blasenverweilkatheter)	
PEG-Sonden	
Fixierung (Anzahl der Personen, bei denen FEM zur Anwendung kommen, unabhängig von der Art der FEM)	
Kontraktur (alle Personen, bei denen ein physiologischer Bewegungsablauf wegen versteifter Gelenke nicht mehr möglich ist)	
Vollständige Immobilität (Anzahl Personen, die nicht mehr in der Lage sind, selbständig eine Lageveränderung im Bett vorzunehmen)	
Tracheostoma	
Multiresistenten Erregern	

Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:	Anzahl Personen
Ziffer 6 - Absaugen	
Ziffer 8 - Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	
Ziffer 12 - Dekubitusbehandlung	
Ziffer 24 - Krankenbeobachtung, spezielle	
Ziffer 29 - Trachealkanüle, Wechsel und Pflege	
Ziffer 30 - Venenkatheter, Pflege des zentralen	
Ziffer 31 - Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen
<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege
<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung
<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft
<input type="checkbox"/> Nachtdienst

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:	
Berufsbezeichnung:	
sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsumfang Stunden pro Woche

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel der Pflegeeinrichtung:

**Zur Erhebung der Strukturdaten Ihrer Pflegeeinrichtung empfehlen wir Ihnen folgende Unterlagen zur
Einsicht bereit zu legen:**

- Versorgungsvertrag
- Aktuelle Personalliste mit Angabe zur Berufsbezeichnung und zum Beschäftigungsumfang
in Stunden pro Woche
- Nachweis zur Führung der Berufsbezeichnung (Urkunde)
- Regelungen zum Datenschutz
- Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die verantwortliche Pflegefachkraft
- Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft
- Nachweise über die fachliche Anleitung und Überprüfung von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung, die körperbezogene Pflegemaßnahmen erbringen
- Dienst- und Tourenpläne
- Verfahrensanweisung für die ständige Erreichbarkeit
- Einrichtungsinterne Verfahrensanweisungen oder eine vergleichbare Regelung sowie Schulungsnachweise für die zwei exemplarisch ausgewählten Expertenstandards
- Handzeichenliste
- Fortbildungsplan
- Qualitätsmanagementhandbuch
- Verfahrensanweisungen zum Verhalten in Notfällen
- Nachweise der Mitarbeiter über Schulung in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen
- Schriftliche Regelung zum Beschwerdemanagement
- Hygienestandards

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

- Pflegevertrag
- Aktueller Kostenvoranschlag
- Erstbesuchsprotokolle
- 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 geführt werden)
- Handzeichenliste
- Stundennachweise
- Dienst- und Tourenpläne
- Pflegedokumentation