

Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung:

Die DCS\* 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.

<b>Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung</b>	
Name	
Straße	
PLZ / Ort	
IK-Nummer	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Datum Versorgungsvertrag (TT.MM.JJ)	
Datum Inbetriebnahme (TT.MM.JJ)	
Name Heimleitung	
Datum der letzten Prüfung durch die Heimaufsicht	
Datum der letzten Prüfung durch das Gesundheitsamt	
Zertifizierung liegt vor	Ja            Nein
Name Ansprechpartner DCS*	
E-Mail Ansprechpartner DCS*	
Telefon Ansprechpartner DCS*	
Fax Ansprechpartner DCS*	

\*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
- den nach landesrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

Wenn Ihr Träger einverstanden ist, versenden wir (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg) den Prüfbericht auch an Ihren Verband in dem Sie Mitglied sind.

### 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/ der Einrichtung für die Zustellung des Prüfberichtes	
--	--

oder

per Post versendet wird.

Das Informationsschreiben zur Online-Zufriedenheitsbefragung haben wir erhalten.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel der Pflegeeinrichtung:

<b>Bitte geben Sie uns folgende Angaben zu den von Ihnen versorgten Pflegebedürftigen:</b> (entspricht der Prüffrage 1.7 der Qualitätsprüfungs-Richtlinien)	Anzahl Pflegebedürftige
Wachkoma	
Beatmungspflichtig	
Dekubitus (Pflegebedürftige mit einem Dekubitus ab Kategorie II)	
Blasenverweilkatheter (Pflegebedürftige mit transurethralen oder suprapubischen Blasenverweilkatheter)	
PEG-Sonde	
Fixierung (Pflegebedürftige, bei denen FEM zur Anwendung kommen, unabhängig von der Art der FEM)	
Kontraktur (Pflegebedürftige, bei denen ein physiologischer Bewegungsablauf wegen versteifter Gelenke nicht mehr möglich ist)	
Vollständige Immobilität (Pflegebedürftige, die nicht in der Lage sind, selbstständig eine Lageveränderung im Bett vorzunehmen)	
Tracheostoma	
MRSA	

<b>Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht? Zutreffendes bitte ankreuzen.</b>	
Körperbezogene Pflegemaßnahmen	Speisen- und Getränkeversorgung
Behandlungspflege	Wäscheversorgung
Betreuung	Hausreinigung

<b>Bieten Sie in Ihrer Einrichtung Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI an?</b>	
Ja	Nein

Wohnbereich	auf einer Ebene (ja/nein)	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						noch nicht eingestuft
			keiner	1	2	3	4	5	
<b>Gesamt:</b>									

<b>Ist mit Ihrer Pflegeeinrichtung ein pflegfachlicher Schwerpunkt vertraglich vereinbart?</b>	
Ja Welcher?.....	Nein

<b>Hat Ihre stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i.V.m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?</b>
Ja      Nein
<b>Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?</b> .....

<b>Welche Wochenarbeitszeit gilt in Ihrer Einrichtung als Vollzeit?</b> (z.B.: 38,5 Std./Woche oder 40 Std./Woche) ..... Stunden/Woche
--

**Verantwortliche Pflegefachkraft**

Name, Vorname	
Berufsbezeichnung: (z.B. Altenpfleger/in Gesundheits- u. Krankenpfleger/in)	
Beschäftigungsumfang <b>Stunden pro Woche:</b>	
In der Pflegeeinrichtung, in dieser Position tätig seit?	

	Ja	Nein	Stundenumfang pro Woche
<b>Tätigkeit in der direkten Pflege</b>			

	Ja	Nein	Tätigkeit	Stundenumfang pro Woche
<b>Tätigkeit in anderer Funktion</b> (z.B. Personalunion verantwortliche Pflegefachkraft/Heimleitung)				

	Bezeichnung der Weiterbildung	Stundenzahl der Weiterbildung	Anmerkungen
<b>Weiterbildungsmaßnahmen für Leistungsqualifikation</b>			

**Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

Name, Vorname	
Berufsbezeichnung: (z.B. Altenpfleger/in Gesundheits- u. Krankenpfleger/in/)	
Beschäftigungsumfang/ <b>Stunden pro Woche:</b>	

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie den Stellenumfang bei Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten  
in Stunden pro Woche an.**

Info						
<b>3.8</b>	<b>Zusammensetzung Personal</b>					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamt- stellen in Vollzeit
<b>Pflege</b>						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger-/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger-/in						
Heilerziehungspfleger/in						

Info						
<b>3.8</b>	<b>Zusammensetzung Personal</b>					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamt- stellen in Vollzeit
<b>Pflege</b>						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst- leistende						
Freiwilliges soziales Jahr						
Sonstige						
<b>Betreuung</b>						
Sozialpädagogen						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten						
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI						
Sonstige						

**Zur Erhebung der Strukturdaten Ihrer Pflegeeinrichtung legen Sie bitte ZUR MITNAHME bereit:**

- Selbstauskunftsbogen der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Einverständniserklärung für das Versenden des Prüfberichtes
- Info Zusammensetzung Personal mit Angaben zur Berufsbezeichnung und zum Beschäftigungsumfang **in Stunden pro Woche**

**Zur Erhebung der Strukturdaten Ihrer Pflegeeinrichtung empfehlen wir Ihnen folgende Unterlagen**

**ZUR EINSICHT bereitzulegen:**

- schriftlicher Nachweis, dass die Pflegebedürftigen bei der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mitwirken können
- Einrichtungskonzept / Pflegekonzept/ Versorgungsvertrag
- Belege für Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen
- Nachweis zur fachlichen Anleitung/ Überprüfung von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung körperbezogene Pflegemaßnahmen durchführen 4.3
- aktueller Dienstplan
- zu den beiden zufällig ausgewählten Expertenstandards:
  - o die einrichtungsintern angepasste Version des Expertenstandards
  - o Schulungsnachweise
- Handzeichenliste mit Qualifikation der Mitarbeiter
- Fortbildungsnachweise in Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen
- Nachweise zum Umgang mit Beschwerden
- Hygieneplan
- Verfahrensanweisung/Regelung/Standard zum Umgang mit MRSA
- Nachweis zur Schulung der Mitarbeiter zum Umgang mit MRSA
- Speiseplan
- Regelung z. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (z.B. Konzept zur Ernährungsversorgung)
- Nachweis der festgelegten Zeitkorridore der Mahlzeiten
- Konzept zur Betreuung (Gruppenangebote und Einzelangebote)
- Wochenpläne der Gruppenangebote der letzten drei Monate
- Nachweise über die Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß Betreuungskräfte-RI
- Nachweise über jährliche Fortbildungen der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß Betreuungskräfte-RI
- Regelung zur Eingewöhnungsphase, Nachweise zur Begleitung der Pflegebedürftigen während der Eingewöhnungsphase
- schriftliche Regelungen zur Sterbebegleitung