| **Daten zum ambulanten Betreuungsdienst** | |
| --- | --- |
| Name |  |
| Straße |  |
| PLZ/Ort |  |
| Institutionskennzeichen (IK) | **1.** |
| **2.** |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| **Zentrale E-Mail-Adresse des ambulanten Betreuungsdienstes (für den Prüfberichtversand)** |  |
| Internet-Adresse |  |
| Träger/Inhaber  (Name, Anschrift)  ggf. Stempel |  |
| Trägerart | **privat**  **freigemeinnützig**  **öffentlich**  **nicht zu ermitteln** |
| ggf. Verband |  |
| Datum Abschluss Versorgungsvertrag |  |
| Datum Inbetriebnahme des ambulanten Betreuungsdienstes |  |
| verantwortliche Fachkraft Name |  |
| stellvertretende verantwortliche Fachkraft Name |  |
| ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen |  |
| Datum der letzten Prüfung  nach § 114 Abs. 1 SGB XI |  |
| Prüfungen durch andere Institutionen | **Gesundheitsamt Datum:**  **Sonstige Datum:** |

**Darstellung der Versorgungssituation:**

**Jede versorgte Person wird nur einmal gezählt (entsprechend der nachfolgenden Vorgaben).**

Es sind nur versorgte Personen in die Tabellen aufzunehmen, die **aktuell durch den ambulanten Betreuungsdienst** versorgt werden. Personen, die sich z.B. in Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus befinden, bleiben unberücksichtigt.

1. **ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen:**

alle versorgten Personen mit Pflegegrad 2 bis 5, die pflegerische Betreuungsleistungen nach SGB XI (Sachleistungen, LK 30) erhalten

1. **ausschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung:**

alle versorgten Personen mit Pflegegrad 2 bis 5, die Hilfen bei der Haushaltsführung nach SGB XI (Sachleistungen, LK 11-16a) erhalten

1. **kombiniert pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung:**

alle Personen, die SGB XI-Leistungen nach Punkt 1 **und** Punkt 2 erhalten

|  | **Gesamt** | **davon:** | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ausschließlich**  **pflegerische**  **Betreuungs-maßnahmen**  **(LK 30)** | **ausschließlich Hilfen bei der**  **Haushaltsführung**  **(LK 11-16a)** | **kombiniert:**  **pflegerische**  **Betreuungsmaßnahmen**  **und Hilfen bei der**  **Haushaltsführung**  **(LK 11-16a und LK 30)** | |
| **versorgte Personen** |  |  |  |  | |

Zur Gewährleistung einer Personenstichprobe gemäß QPR sind durch den ambulanten Betreuungsdienst zudem differenzierte Informationen aufzulisten. Aufzuführen sind:

* die versorgten Personen mit Pflegegrad 2 bis 5, die durch den ambulanten Betreuungsdienst pflegerische Betreuungsmaßnahmen (LK 30) und/oder Hilfen bei der Haushaltsführung (LK 11-16a) erhalten, nach Pflegegraden 2 bis 5 sortiert (Pflegegrad 4 und 5 gemeinsam in einer Gruppe) und alphabetisch geordnet.
* Nicht zu berücksichtigen sind Leistungsempfänger, die ausschließlich Leistungen nach § 45b SGB XI erhalten.

| **Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?** | | | Ja | Nein |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wenn ja, welche?** | | **Kooperationspartner/Anbieter** (Name und Standort) | | |
|  | pflegerische Betreuungsmaßnahmen |  | | |
|  | Hilfen bei der Haushaltsführung |  | | |

| **Besteht eine Zusammenarbeit mit:** | **Ja** | **Nein** | **t.n.z** |
| --- | --- | --- | --- |
| ambulanten Pflegediensten |  |  |  |
| Selbsthilfegruppen |  |  |  |
| ehrenamtlichen Personen |  |  |  |
| Pflegestützpunkten |  |  |  |
| Sonstige (Freitext): |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zusammensetzung Personal**  (Direkt beim ambulanten Betreuungsdienst Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer) | | | | | | |
| Funktion/Qualifikation | Vollzeit  (  Std./  Woche) | Teilzeit | | geringfügig  Beschäftigte | | Personal  gesamt |
| Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen-umfang  (Std./Woche) | Anzahl MA | Stellen-umfang  (Std./Woche) | Stellen in Vollzeit |
| verantwortliche Fachkraft |  |  |  |  |  |  |
| stellvertretende verantwortliche Fachkraft |  |  |  |  |  |  |
| Betreuungskräfte nach § 53b SGB XI |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Checkliste: erforderlicher Unterlagen während der Qualitätsprüfung (Regelprüfung)**

Wir bitten Sie, folgende Unterlagen für die Qualitätsprüfung bereitzuhalten. Diese werden ggf. als Information bzw. Nachweis im Rahmen der Prüfung benötigt. Im Nachgang eingereichte Unterlagen können nicht mehr berücksichtigt werden.

1. **Unterlagen zur Qualitätsprüfung**

|  |
| --- |
| Unterlagen, die belegen, dass regelhaft Kostenvor­anschläge erstellt werden (z. B. Kostenvoranschlagsmuster, Regelungen zur Erstellung von Kostenvoranschlägen) |
| Unterlagen, die belegen, dass mit den versorgten Personen Verträge nach § 120 SGB XI abgeschlossen werden (z.B. Mustervertrag) |
| Regelungen und Nachweise zum Datenschutz (Erklärung der Mitarbeitenden zur Einhaltung des Datenschutzes) |
| Nachweise für die verantwortliche Fachkraft:   * abgeschlossene Fachausbildung oder Hochschulabschluss (vorzugsweise aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich) * praktische Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre * sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis * Weiterbildung zur Leitungsqualifikation oder Weiterbildung durch Studium (ab dem 01.06.2021: Weiterbildungsmaßnahme nach § 71 Abs. 3 Satz 5 SGB XI für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll) |
| Nachweise für die stellvertretende verantwortliche Fachkraft:   * abgeschlossene Fachausbildung oder Hochschulabschluss (vorzugsweise aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich) * sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis |
| Nachweise für alle eingesetzten Betreuungskräfte:   * Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinien (oder Nachweis, dass Qualifikationsmaßnahme begonnen wurde) * Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinien im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden im vergangenen Jahr |
| Konzept für die pflegerische Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung mit Aussagen zur Betreuung von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sowie Nachweise, dass das Konzept allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt ist |
| Nachweise, dass die Verantwortung für das Qualitätsmanagement der Leitungsebene zugeordnet ist (z. B. durch Stellenbeschreibung, Organigramm) und dass diese Verantwortung nachvollziehbar wahrgenommen wird |
| Nachweise zur Durchführung von externen Reflexionen (mindestens einmal im Jahr) |
| Nachweise zur Durchführung von Fallbesprechungen, im Rahmen derer die Ergebnisse der erbrachten Betreuungsleistungen evaluiert und ggf. angepasst werden |
| Nachweise, dass die Erwartungen und Wünsche der versorgten Personen und deren An- und Zugehörigen systematisch ermittelt und ausgewertet werden (z. B. Zufriedenheitsbefragungen, strukturierte Veranstaltungen für An- und Zugehörige) |
| Regelungen zum Umgang mit Beschwerden sowie Nachweise, dass die Regelungen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt ist |
| Notfallplan, der alle Sofortmaßnahmen beinhaltet die beim Auftreten eines Notfalls bei versorgten Personen getroffen werden müssen (z. B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen die versorgten Personen nicht öffnen) sowie Nachweise, dass der Notfallplan allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt ist |
| Unterlagen (z. B. den aktuellen Rahmenhygieneplan, Richtlinien des RKI) die belegen, dass folgende Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des RKI im ambulanten Betreuungsdienst bekannt sind:   * Empfehlungen zur Händehygiene * Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen |
| vollständige Dokumentation des ambulanten Betreuungsdienstes für die einbezogenen versorgten Personen |

1. **Unterlagen zur Abrechnungsprüfung**

|  |
| --- |
| **Verträge** |
| Versorgungsvertrag des ambulanten Betreuungsdienstes nach § 72 SGB XI /Strukturerhebungsbogen |
| Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI |
| **Versichertenbezogene Unterlagen**  **(im Einzelfall im Verlauf der Prüfung für die letzten 12 Monate erforderlich)** |
| Vertrag mit der versorgten Person einschließlich der im o. g. Zeitraum geänderten Leistungsinhalte (Anlagen) |
| Kostenvoranschlag |
| Dokumentation des ambulanten Betreuungsdienstes für die einbezogenen versorgten Personen |
| Durchführungsnachweise / Leistungsnachweise |
| Rechnungen Pflegekasse (SGB XI) |
| **Organisationsbezogene Unterlagen** |
| Aufstellung aller Mitarbeitenden mit Name, Qualifikation, Beschäftigungsumfang, die im letzten Jahr im ambulanten Betreuungsdienst tätig waren |
| Handzeichenliste aller Mitarbeitenden, die im letzten Jahr im ambulanten Betreuungsdienst tätig waren |
| Berufsurkunden / Qualifikationsnachweise für alle Mitarbeitenden, die im letzten Jahr im ambulanten Betreuungsdienst tätig waren |
| Dienstpläne der letzten 12 Monate |
| Einsatz- oder Tourenplan der letzten 12 Monate |
| ggf. Stundennachweise gem. Arbeitszeitgesetz der letzten 12 Monate für alle Mitarbeitenden, die im letzten Jahr im ambulanten Betreuungsdienst tätig waren |
| ggf. Arbeitsverträge/Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen |
| ggf. Stellenbeschreibungen |