

Selbstauskunftsbogen ambulante Pflegeeinrichtung nach §§ 114 ff. SGB XI

Daten zum Pflegedienst	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	1. 2.
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber	
Anschrift	
Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
ggf. Verband	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes ¹	

¹ Hier ist anzugeben, seit wann die Pflegeeinrichtung unter dem jetzigen Träger besteht.

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	1 von 8	28.07.2022	1.3	28.07.2022/V. Gualdi



Verantwortliche Pflegefachkraft Name Seit wann in dieser Position?	
Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen benannt?	<input type="checkbox"/> Ja - bitte Nachtrag/Zusatzvereinbarung zum Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in Kopie beifügen <input type="checkbox"/> Nein - bitte Urkunde der staatlichen Anerkennung und Nachweis der leitungsbezogenen Weiterbildung in Kopie beifügen
Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Voraussetzungen:	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> ausreichende Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung <input type="checkbox"/> Weiterbildung zur Leitungsqualifikation
Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?	<p style="text-align: right;">_____ Stunden</p>
Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	<input type="checkbox"/> Ja, Umfang _____ Stunden / Woche <input type="checkbox"/> Nein
Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Name Seit wann in dieser Position?	
Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen benannt?	<input type="checkbox"/> Ja, bitte Nachtrag/Zusatzvereinbarung zum Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in Kopie beifügen <input type="checkbox"/> Nein, bitte Urkunde der staatlichen Anerkennung Kopie beifügen
Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Voraussetzungen:	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung
ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen	<input type="checkbox"/> Ja, Adresse _____ <input type="checkbox"/> Nein
Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Liegt vor (Unternehmen bitte benennen) _____ <input type="checkbox"/> Liegt nicht vor
Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS ²	
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 versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Leistungserbringer erbracht? <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte „Anlage A“ zusätzlich bearbeiten <input type="checkbox"/> Nein	
Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige (welche?) <input type="checkbox"/> keine Angaben	TT.MM.JJJJ

		Davon Leistungsempfänger nach:			
	Gesamt ³	Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt		Anzahl:			
Versorgte					

² Die Daten Clearing Stelle (DCS) stimmt die Transparenzberichte auf Landesebene zwischen den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst/PKV-Prüfdienst und den Pflegeeinrichtungen ab und übermittelt die Transparenzberichte (Pflegenoten) an die Veröffentlichungsplattformen.

³ In der Spalte „Gesamt“ sind alle vom ambulanten Pflegedienst versorgten Personen, unabhängig vom Kostenträger (SGB XI, SGB V, Sonstige), zu erfassen.

Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit:	
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonde
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	Multiresistenten Erregern

Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach HKP-Richtlinie:	
a.	Ziffer 6 Absaugen
b.	Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
d.	Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle
e.	Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
f.	Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
g.	Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart*?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher?		

* Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ein pflegfachlicher Schwerpunkt **vertraglich vereinbart** wurde (z. B. Versorgungsvertrag). Pflegefachliche Schwerpunkte können z. B. sein: Pflege demenzkranker Personen, Pflege aidskranker Personen, Pflege beatmungspflichtiger Personen, spezielle Krankenbeobachtung, Pflege von Patienten im Wachkoma, pädiatrische Pflege.

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche ?	durch wen*?	
<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		

* Die Kooperationspartner sind im Freitext zu benennen. Die teilweise Einbeziehung von z. B. Ernährungs- oder Wundberatern ist hier nicht zu erfassen. **Bitte Kooperationsvertrag in Kopie beifügen.**

Beispielerausfassung: Zusammensetzung Personal

Bitte füllen Sie die nachfolgende **Personaltabelle** - wie hier im Beispiel angegeben - aus.

Funktion/Qualifikation	Vollzeit <i>z.B. 40 Std./Woche</i>	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Verantwortliche Pflegefachkraft	1				
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	2	2 1	20 30	2	4

Zusammensetzung Personal

Basis für Vollzeit (Stunden / Woche): _____

Geeignete Pflegekräfte	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Verantwortliche Pflegefachkraft					
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft					
Altenpflegerinnen und Altenpfleger					
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger					
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger					
Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger					
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer					
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer					
Medizinische Fachangestellte und Medizinischer Fachangestellter					

Geeignete Pflegekräfte	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Angelehrte Kräfte					
Auszubildende					
Bundesfreiwilligendienst- Leistende					
Freiwilliges soziales Jahr					
Sonstige					
Betreuung					
Mitarbeiterinnen und Mitar- beiter Betreuung					
Hilfen bei der Haushaltsführung					
hauswirtschaftliche Mitarbei- terinnen und Mitarbeiter					

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten. Nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Liste aufzunehmen, die in der Pflegeeinrichtung direkt beschäftigt sind. **Mitarbeiterin und Mitarbeiter externer Leistungserbringer bleiben in der Tabelle unberücksichtigt, deren Anzahl ist im Freitext aufzuführen.**

_____, den _____

Verantwortliche Pflegefachkraft

Anlage A: Zusätzliche Angaben zur speziellen Krankenbeobachtung

(wenn mindestens eine versorgte Person Leistungen nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung erhält)

Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung				
Gesamt	davon			
	in der eigenen Häuslichkeit	in einer Wohngemeinschaft*	in betreutem Wohnen*	Sonstige Wohnformen
Versorgte Personen mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie				

*als Sonderform der eigenen Häuslichkeit

Nach Angabe des ambulanten Pflegedienstes Anzahl versorgter Personen mit:				
	nichtinvasiver Beatmung (Maske)	invasiver Beatmung	Tracheostoma (ohne Beatmung)	Sonstigem
Anzahl versorgte Personen < 18 Jahre				
Anzahl versorgte Personen ab 18 Jahre				

Anzahl verantwortliche Pflegefachkräfte bzw. Fachbereichsleitungen	
--	--

Versorgung beatmungspflichtiger Personen:

Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen <u>verantwortliche</u> Pflegefachkraft* verfügt über folgende Qualifikationen:	Bitte Qualifikationsnachweise bereithalten.
---	---

* Mit verantwortlicher Pflegefachkraft ist die für den Bereich spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche pflegerische Leitung gemeint, dies kann auch die Fachbereichsleitung sein.

Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen <u>stellvertretende verantwortliche</u> Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:	Bitte Qualifikationsnachweise bereithalten.
---	---

Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:	Bitte Qualifikationsnachweise aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereithalten.
---	--

Versorgung nichtbeatmungspflichtiger Personen:

Die für die Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Personen <u>verantwortliche</u> Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:	Bitte Qualifikationsnachweise bereithalten.
---	---

<u>Pflegefachkräfte</u> , die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei nichtbeatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:	Bitte Qualifikationsnachweise aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereithalten.
---	--

_____, den _____

Verantwortliche Pflegefachkraft