

Selbstauskunftsbogen ambulante Pflegeeinrichtung
nach §§ 114 ff. SGB XI

Daten zum Pflegedienst	
Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Institutionskennzeichen (IK)	1. 2.
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Internetadresse:	
Träger / Inhaber:	
Ansschrift:	
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 der Inbetriebnahme des Pflegedienstes ¹ :	

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

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 leistungsbezogenen 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?	Stunden
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 in Kopie beifügen
Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Voraussetzungen:	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigte
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 :	
Email der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS:	
Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS:	
Fax-Nummer 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 Versorgte	Anzahl:				

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 versorgter 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, welcher?	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.

Beispiel: Zusammensetzung Personal

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

Der Eintrag zum Stellenumfang bezieht sich auf die wöchentliche Arbeitszeit in Stunden der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In diesem Beispiel sind:

- 1 verantwortliche Pflegefachkraft in Vollzeit mit 40 Std/ Woche
- 2 Altenpfleger*innen in Vollzeit mit jeweils 40 Std/ Woche
- 2 Altenpfleger*innen in Teilzeit mit jeweils 20 Std/ Woche
- 1 Altenpfleger*in in Teilzeit mit 35 Std/ Woche
- 2 Altenpfleger*innen mit jeweils 8 Std/ Woche geringfügig beschäftigt.

Beispiel:

Funktion / Qualifikation	Vollzeit z. B. 40 Std./Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellenumfang in Std./Woche	Anzahl MA	Stellenumfang in Std./Woche
Verantwortliche Pflegefachkraft	1				
Altenpfleger/in	2	2 1	20 35	2	8

Zusammensetzung Personal

Basis für Vollzeit (Stunden / Woche):

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal					
Geeignete Pflegekräfte	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Verantwortliche Pflegefachkraft					
Stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft					
Altenpfleger/in					
Gesundheits- und Krankenpfleger/in					
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in					

Geeignete Pflegekräfte	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Heilerziehungspfleger/in					
Krankenpflegehelfer/in					
Altenpflegehelfer/in					
Medizinische Fachangestellte/r					
Angelernte Kräfte					
Auszubildende					
Freiwilliges soziales Jahr					
Bundesfreiwilligendienst-Leistende					
Sonstige					
Betreuung					
Mitarbeiter/in Betreuung					
Hilfe bei der Haushaltsführung					
Hauswirtschaftliche Mitarbeiter/in					

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 _____
Ort Datum

Unterschrift
verantwortlichen Pflegefachkraft

Anlage A: Zusätzliche Angaben zur speziellen Krankenbeobachtung

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

Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung					
		davon			
		in der eigenen Häuslichkeit	in einer Wohngemeinschaft*	in betreutem Wohnen*	sonstige Wohnformen
Gesamt					
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 stellvertretende <u>verantwortliche</u> Pflegefachkraft* verfügt über folgende Qualifikationen:	Bitte Qualifikationsnachweise bereithalten.
---	--

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

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift
verantwortlichen Pflegefachkraft