|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Landesamt für Gesundheit und Soziales**   |  | | --- | | **Abteilung Förderangelegenheiten** | |  | | 507px-Coat_of_arms_of_Mecklenburg-Western_Pomerania_%28small%29_svg |

**Tätigkeitsbericht zur Qualitätssicherung und**

**Grundlage zur Prüfung des Fortbestehens**

**von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag**

**gemäß § 45a SGB XI i.V.m. UntAngLVO M-V**

Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS)

Abteilung 2 - Förderangelegenheiten

Dezernat 204

Friedrich-Engels-Platz 5-8

18055 Rostock

|  |
| --- |
| Posteingang LAGuS |

Aktenzeichen: **LAGuS/MV-6-S69A-**

Anerkannter Träger / Einzelperson:

Anerkennungsbescheid vom:       zum:

Berichtsjahr:

vom Anbieter auszufüllen

1. **Änderung der Grunddaten des Anbieters/des Angebotes?**

Nein, gegenüber meinen damaligen Angaben hat sich nichts verändert.

DANN WEITER MIT **2.**

Ja, es haben sich folgende Änderungen in den Grunddaten des Anbieters ergeben:

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Rechtsform des Anbieters |  |
| Name und Funktion des/der Vertretungsberechtigten  Bitte aktuellen Auszug aus dem Vereins- bzw. Handelsregister beifügen. |  |
| Straße |  |
| PLZ/Ort |  |
| Ansprechpartner |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |
| Institutionskennzeichen (IK)  ist zur Abrechnung mit den gesetzlichen Pflegekassen zu beantragen |  |

Ja, es haben sich folgende Änderungen in den Grunddaten des Angebotes ergeben:

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Straße |  |
| PLZ/Ort |  |
| Ansprechpartner |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

1. **Haben sich seit der Anerkennung bzw. seit dem Vorjahresbericht Änderungen im Angebot ergeben?**

Nein, gegenüber meinen damaligen Angaben hat sich nichts verändert.

DANN WEITER MIT **3.**

Ja, es sind folgende Änderungen eingetreten:

Es wurde zwischenzeitlich ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen

geschlossen.

Es gibt Änderungen zur Art des vorgehaltenen Angebotes zur

Unterstützung im Alltag:

Seit      werden/wird folgende/s Angebot/e nicht mehr

vorgehalten:      .

folgende/s Angebot/e soll/en zur Anerkennung erweitert werden:      . Ein Erweiterungsantrag nebst Konzept ist dem Tätigkeitsbericht

beizufügen.

Änderung der regionalen Verfügbarkeit:      .

Änderung zur Zielgruppe und Anzahl der zu betreuenden

Pflegebedürftigen. (Angaben erfolgen in 3.)

Änderung zur fachlichen Begleitung und Anleitung. Qualifikationsnachweise

sind dem Tätigkeitsbericht beigefügt. (Angaben erfolgen in 3.)

Änderung zu eingesetzten Helferinnen und Helfern. Nachweise sind dem

Tätigkeitsbericht beigefügt. (Angaben erfolgen in 3.)

Änderung zu Kosten des jeweiligen Angebotes. (Angaben erfolgen in 3.)

1. **Prüfung zur Qualitätssicherung**

**Zur Zielgruppe**

Bitte geben Sie nachfolgend die Anzahl der betreuten anspruchsberechtigten Personen an: (entfällt für Angebot (6) Agenturen zur Vermittlung)

Bitte erfassen Sie jede betreute Person nur einmal.

Beispiele: Herr X kommt im Jahr 45-mal zu einer Betreuungsgruppe = 1 Person.

Frau Y kommt im Jahr zweimal zu einer Betreuungsgruppe und einmal wird

sie von einer Helferin zu Hause betreut = 1 Person.

Bei *Mehrfachbehinderungen* bitte die/den Pflegebedürftige/n nur einmal zählen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Es wurden betreut:** | **Anzahl der Personen** |
| Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen |  |
| davon: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre |  |
| Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen |  |
| davon: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre |  |
| Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen |  |
| davon: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre |  |
| Pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende |  |
| **Gesamt** |  |

**Zum Angebot**

Bitte geben Sie nachfolgend die Art und Anzahl der durchgeführten Einsätze an. Gehen Sie von der Anzahl der Pflegebedürftigen aus und geben Sie die Anzahl der Betreuungsfälle bitte wie folgt an:

* Bei (1) und (3) je Teilnehmer und je Teilnahme an der Gruppe.

Beispiel: Gruppe mit fünf Teilnehmern an 45 Treffen im Jahr = 225 Betreuungseinsätze.

* Bei (2), (4), (5), (7), (8), (9), (10) und (11) je Einsatz unabhängig von der Dauer des Einsatzes.

Beispiel: Drei Helfer/innen betreuen an 30 Abenden je einen Pflegebedürftigen zu Hause = 90 Betreuungseinsätze.

* Bei (6) je Beratungsgespräch

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Anerkanntes Angebot** – entsprechend  des Anerkennungsbescheides | Turnus  des Angebotes | Anzahl betreute und entlastete Personen | Anzahl der Einsätze \*Beratungs-  gespräche | Betreuungs-schlüssel |
| (1) |  | Betreuungsgruppe/n |  |  |  |  |
| (2) |  | Helferinnen- und Helferkreise |  |  |  |  |
| (3) |  | Tagesbetreuung in Kleingruppen |  |  |  |  |
| (4) |  | Einzelbetreuung durch anerkannte  Helferinnen und Helfer |  |  |  |  |
| (5) |  | familienentlastender und  familienunterstützender Dienst |  |  |  |  |
| (6) |  | Agenturen zur Beratung und Vermittlung\* |  |  |  |  |
| (7) |  | Alltagsbegleitung |  |  |  |  |
| (8) |  | Pflegebegleitung |  |  |  |  |
| (9) |  | Serviceangebote für  haushaltsnahe Dienstleistungen |  |  |  |  |
| (10) |  | Fahrdienst |  |  |  |  |
| (11) |  | Sonstiges niedrigschwelliges Angebote |  |  |  |  |

**§ 2 Abs. 1 Nr. 6 UntAngLVO M-V - fachliche Begleitung und Anleitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **begleitende,** **anleitende** Fachkräfte | seit  (im Einsatz) | ggf. bis |
| Name, Vorname: |  |  |
| Qualifikation: |  |  |
| Name, Vorname: |  |  |
| Qualifikation: |  |  |
| Name, Vorname: |  |  |
| Qualifikation: |  |  |

**§ 2 Abs. 1 Nr. 7 UntAngLVO M-V – BASISSCHULUNG - Im Berichtsjahr NEU zum Einsatz gekommene Helfer**

Bitte füllen Sie die Tabelle zu § 2 Abs. 1 Nr. 7 UntAngLVO M-V vollständig aus und fügen Sie entsprechende Nachweise bei!

**§ 2 Abs. 1 Nr. 8 UntAngLVO M-V – WEITERBILDUNG der zum Einsatz gekommenen, bereits anerkannten Helfer**

Bitte füllen Sie die Tabelle zu § 2 Abs. 1 Nr. 8 UntAngLVO M-V vollständig aus und fügen Sie entsprechende Nachweise bei!

**Angaben zur Entgeltänderung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art des Angebots  (bitte tragen Sie hier die Nr. der Art des Angebotes gemäß § 1 Abs. 3 UntAngLVO M-V, ein) |  | EUR  pro Stunde | EUR  pro Einsatz | EUR  pro Veranstaltung | ab/seit |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

Begründung, soweit sich das Entgelt im Berichtszeitraum geändert hat:

\*Es wird darauf hingewiesen, dass das für die Gesamtleistung geforderte Entgelt, die Preise für vergleichbare Leistungen von zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen darf! Umsätze von Einrichtungen sind nach § 4 Nr. 16 Satz 1 Buchst. G UStG **steuerfrei,** soweit Leistungen erbracht werden, die landesrechtlich als Angebote zur Unterstützung im Alltag anerkannt sind.

1. **Erklärungen**

Es wird bestätigt, dass weiterhin ein angemessener Versicherungsschutz besteht. Aktuelle Versicherungsunterlagen zur Haftpflicht- und Unfallversicherung sind beigefügt.

Es wird bestätigt, dass im Berichtszeitraum regelmäßige Anleitungen / Schulungen oder Fallbesprechungen zwischen begleitender Fachkraft und eingesetzten Helfern durchgeführt wurden.

Der Anbieter erklärt, dass das jeweilige Angebot weiterhin dauerhaft, regelmäßig und verlässlich (auch Vertretungsfälle sind geregelt) angeboten wird.

Es wird bestätigt, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind und dass jede Veränderung, der für die Anerkennung maßgeblichen Voraussetzungen unverzüglich der Anerkennungsbehörde mitgeteilt wird.

Es besteht Einverständnis, dass die aus der Datenerfassung ersichtlichen Daten auf Datenträger gespeichert und von wissenschaflichen Einrichtungen für Zwecke der Statisik und der Erfolgskontrolle ausgewertet werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Name in Druckschrift Stempel/ rechtsverbindliche

Unterschrift des Anbieters

**Gender Erklärung:** Zur besseren Lesbarkeit werden personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Sprachform verwendet. Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen, sondern im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NEU im Berichtsjahr qualifizierte Helfer** |  |  |  |  | **Basisschulung der Helfer gem. § 2 Abs. 1 Nr. 7 UntAngLVO M-V: Inhalte und jeweilige Anzahl der Unterrichtsstunden**  (Bitte geben Sie zu den vorgegebenen Qualifizierungsinhalten die jeweilige Anzahl der Unterrichtseinheiten (45-Minuten) an.) | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | **Schulungsthemen: für Helfer im Unterstützungsangebot** | | | | | | | | | | |
| Name | Im Einsatz seit | Im Einsatz bis | hauptamtlich | ehrenamtlich | Basiswissen über Krankheits-oder Behinderungsbilder, Behandlungsformen und Pflege der zu betreuenden Personen | Angemessene allgemeine Kenntnisse, um auf einen – auch krankheitsspezifisch auftretenden – Notfall reagieren oder mit einer Krisensituation umgehen zu können | Wahrnehmung des sozialen Umfeldes und des bestehenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfes | Umgang mit den pflegebedürftigen Menschen, Erwerb von Handlungskompetenzen | Umgang mit den pflegenden Angehörigen und vergl. Nahestehende einschließlich Kenntnisse über typische Belastungssituationen | Bei Betreuungsangeboten: Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung | Bei Entlastungsangeboten: Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung in der Versorgung von Pflegebedürften bzw. deren Pflegepersonen | Kommunikation und Gesprächsführung | Selbstmanagement im Kontext des ehrenamtlichen Engagements, u. a. Reflexion und Austausch zu der eigenen Rolle und den Erfahrungen während des ehrenamtlichen Engagements | Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlich tätigen Personen |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingesetzte Helfer**  WEITERBILDUNG |  |  |  |  | **WEITERBILDUNG der Helfer gem. § 2 Abs. 1 Nr. 8 UntAngLVO M-V: Inhalte und jeweilige Anzahl der Unterrichtsstunden**  (Bitte geben Sie zu den vorgegebenen Qualifizierungsinhalten die jeweilige Anzahl der Unterrichtseinheiten (45-Minuten) an.) | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | **Schulungsthemen: für Helfer im Unterstützungsangebot** | | | | | | | | | | |
| Name | Im Einsatz seit | Im Einsatz bis | hauptamtlich | ehrenamtlich | Basiswissen über Krankheits-oder Behinderungsbilder, Behandlungsformen und Pflege der zu betreuenden Personen | Angemessene allgemeine Kenntnisse, um auf einen – auch krankheitsspezifisch auftretenden – Notfall reagieren oder mit einer Krisensituation umgehen zu können | Wahrnehmung des sozialen Umfeldes und des bestehenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfes | Umgang mit den pflegebedürftigen Menschen, Erwerb von Handlungskompetenzen | Umgang mit den pflegenden Angehörigen und vergl. Nahestehende einschließlich Kenntnisse über typische Belastungssituationen | Bei Betreuungsangeboten: Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung | Bei Entlastungsangeboten: Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung in der Versorgung von Pflegebedürften bzw. deren Pflegepersonen | Kommunikation und Gesprächsführung | Selbstmanagement im Kontext des ehrenamtlichen Engagements, u. a. Reflexion und Austausch zu der eigenen Rolle und den Erfahrungen während des ehrenamtlichen Engagements | Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlich tätigen Personen |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |