**1. Allgemeine Hinweise**

*Die Berichterstattung erfolgt einrichtungsbezogen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 75 (3) SGB XII. Alle im nachfolgenden darzustellenden Leistungsmengen und der Personaleinsatz nach Umfang verstehen sich als jahresdurchschnittliche Werte. Das Raster findet für alle Leistungsangebotstypen des Bremischen Landesrahmenvertrages Anwendung.*

**Berichtszeitraum:**

**Träger:**

**Dachverband:**

**Name der Einrichtung:**

**Anschrift:**

**Tel./Fax.:**

**Email:**

**Leistungstyp gem. LRV:**

**Vereinbarte Platzzahl:**

##### **2. Angaben zur Strukturqualität:**

**2.1 Anzahl der Bewohner(innen) im Berichtszeitraum:**

Davon Männer:

Davon Frauen:

**2.2 Angaben zu tagesstrukturierenden Angeboten, wenn Bestandteil der Leistungsvereinbarung:**

(Bitte kurze Darstellung)

*Betrifft nur die stationären Einrichtungen für psychisch, sucht- und geronto psychiatrisch erkrankte Menschen.*

**2.3 Belegung nach Hilfebedarfsgruppen**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

HMBW BHP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hilfebedarfsgruppe (HBG) | Anzahl der Hilfeempfänger in der jeweiligen HBG | Belegtage p.a. in der jeweiligen HBG  mit Kostenträgerschaft Land Bremen | Belegtage p.a. in der jeweiligen HBG mit Kostenträgerschaft außerhalb Land Bremen |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| Gesamt |  |  |  |

Zusätzliche Leistungen HMB-W-Plus und Zusatzbetreuungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HMB-W-Plus | Anzahl der Hilfeempfänger | Belegtage p.a. mit Kostenträgerschaft Land Bremen | Belegtage p.a. mit Kostenträgerschaft außerhalb Land Bremen |
| Plus A |  |  |  |
| Plus B |  |  |  |
| Zusatzleistungen |  |  |  |
| Ergänzungspauschale Wohntraining |  |  |  |

**2.4 Konzeptionelle u. organisatorische Aspekte**

*Angaben/Nachweise zu den nachfolgenden Items sind nach erstmaliger Darlegung/Vorlage (ggf. einrichtungsübergreifend) lediglich nur noch bei Aktualisierungen und Neuerungen zu tätigen.*

**2.4.1 Konzeption[[1]](#footnote-1) (bitte entsprechendes ankreuzen):**

Konzeption liegt vor:

**Ja  Nein**

**2.4.2 Organisations- und Entscheidungsstruktur (bitte entsprechendes ankreuzen bzw. Datum eintragen):**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Organigramm liegt vor und ist noch aktuell.

Aktuelles Organigramm wird mit diesem Bericht vorgelegt.

Organigramm wird erarbeitet und bis zum ......... nachgereicht.

**2.4.3 Maßnahmen zur Qualitätssicherung (bitte entsprechendes ankreuzen und ggf. kurze Erläuterungen):**

**a) Existiert ein standardisiertes, regelmäßiges Besprechungswesen[[2]](#footnote-2)? Ja**  **Nein**

**b) Erfolgt eine regelmäßige Teilnahme an Gremienarbeit/Ausschüssen? Ja  Nein**

**c) Gibt es Kooperationsvereinbarung? Bitte Partner und Zweck Ja  Nein**

**nennen!**

**d) Werden regelmäßig Supervisionen durchgeführt? Ja  Nein**

**e) Werden regelmäßige Fort- und Weiterbildungen durchgeführt? Ja  Nein**

**f) Gibt es weitere Maßnahme zur Qualitätssicherung (z.B. Ja  Nein**

**Qualitätszirkel, Audits etc.) Bitte nennen!**

**g) Gibt es ein standardisiertes Qualitätssicherungssystem? Ja  Nein**

**(bitte kurz erläutern!)**

**Ist dieses zertifiziert? Ja**

**Nein**

**Zertifiziert wonach? .........................**

**Bitte Zertifikat in Kopie beifügen (bei erster Berichterstattung und bei Änderungen).**

**h) Sonstige Angaben/Ergänzungen:**

**.....................................**

**2.5 Personal nach Qualität und Umfang[[3]](#footnote-3)** (jahresdurchschnittlich besetzte Stellen im Berichtszeitraum und Stellenanteile HMB-W Plus / Zusatzbetreuungen)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funktion / Qualifikation** | **Anzahl volle Stellen\*** | **Anzahl volle Stellen aus** | | |
| **HMB-W Plus** | **Zusatzbetreuungen** | **Ergänzungs-pauschale Wohntraining\*\*\*** |
| **Fachliche Leitung/Koordination**  **(bitte Qualifikation /Berufsbezeichnung nennen):**  **................................** |  |  |  |  |
| **Erziehung/Betreuung/Pflege:** |  |  |  |  |
| Sozialpädagogen/Sozialarbeiter in der  Tagesbetreuung |  |  |  |  |
| Erzieher |  |  |  |  |
| Heilpädagogen/Behindertenpädagogen |  |  |  |  |
| Pflegefachkräfte (Krankenpfleger/-schwester;  Altenpfleger/-schwester) |  |  |  |  |
| Heilerziehungspfleger |  |  |  |  |
| Ergotherapeut(in) |  |  |  |  |
| Hilfskräfte |  |  |  |  |
| Bundesfreiwillige/freiwilliges Soziales Jahr |  |  |  |  |
| Praktikanten |  |  |  |  |
| Sonstiges (bitte nennen:  ................................... |  |  |  |  |
| **Summe Tagesdienst:** |  |  |  |  |
| **Übergreifende Dienste\*\*:** |  |  |  |  |
| Psychologen/Diplompädagogen |  |  |  |  |
| Sozialarbeiter |  |  |  |  |
| Sozial- und Heilpädagogen  /Behindertenpädagogen |  |  |  |  |
| Beschäftigungs-/ Ergotherapeuten |  |  |  |  |
| Sonstiges Personal (bitte erläutern) |  |  |  |  |
| **Summe Übergreifende Dienste:** |  |  |  |  |
| **Nachtdienst (bitte ankreuzen):** |  |  |  |  |
| a) Rufbereitschaft |  |  |  |  |
| b) Nachtbereitschaft |  |  |  |  |
| c) Nachtwache |  |  |  |  |
| Davon Fachkräfte |  |  |  |  |
| Davon Nichtfachkräfte |  |  |  |  |
| **Summe Nachtdienst:** |  |  |  |  |
| **Gesamtsumme** |  |  |  |  |

\* = Tatsächlich im jahresdurchschnittlich besetzte Stellen (HMBW und BHP).

\*\* = Der übergreifende Dienst ist Bestandteil des Tagdienstes.

\*\*\* = Für die Ergänzungspauschale Wohntraining sind 90% des Schlüssels als Personal vorzuhalten   
 und im Qualitätsbericht nachzuweisen.

* **Die fristgerechte Erst- und Wiedervorlage der erweiterten Führungszeugnisse wird bestätigt. Ja  Nein**

## **3. Prozessqualität**

**Bitte entsprechendes ankreuzen und kurz erläutern:**

* **Entwicklung, Umsetzung, Überprüfung, Fortschreibung, Ja  Nein**

**Dokumentation und Koordination des individuellen   
Hilfeplanes unter Einbeziehung der Betroffenen,   
seiner Angehörigen, und**

**sonstigen Bezugspersonen.**

* **Flexible und bedarfsgerechte Dienstplangestaltung. Ja  Nein**

**...............................**

* **Sonstiges (bitte nennen)**

**..................**

## **4. Ergebnisqualität**

**4.1 Allgemeine Kennzahlen (zielgruppenübergreifend):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  | |  | | **Anzahl** | |
| Anzahl der Einzüge im Berichtszeitraum: | | | | |  | | | |  | |
|  | |  |  |  |  | |
| Anzahl der Auszüge (auch Todesfall) im Berichtszeitraum: | | | | |  | |
|  | |  |  |  |  | |
| Anzahl der planmäßigen Übergänge in andere Leistungstypen: | | | | | | |  | |  | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  | |
| - | | davon Einzug in das stationäre Wohnheim | | | | |  | |  | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  | |
| - | | davon Einzug in das stationäre Außenwohnen | | | | |  | |  | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  | |
| - | | davon Einzug in das stationäre Wohntraining | | | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |
| - | | davon Einzug in das Ambulante Wohntraining | | | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |
| - | | davon Einzug in das Ambulante Betreute Wohnen | | | | |  | |  | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  | |
| **-** | | davon Übergang in die Selbständigkeit ohne Hilfen | | | | |  | |  | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  | |
| **-** | | Sonstiges | | | | |  | |  | |
|  | | (diese bitte nennen und ggf. Gründe anführen) | | | | |  | |  | |

**4.2. Angaben zu Abbrüchen** (Hier: psychisch kranke und suchtkranke Menschen)

a) Anzahl der nicht planmäßig erfolgten Abbrüche aus dem Versorgungssystem:

|  |
| --- |
|  |

b) Gründe:

(kurze Darstellung)

**4.3 Angaben zu Übergängen in andere Versorgungssysteme (Hier: psychisch erkrankte Menschen!)**

Prozentuale Anteil derjenigen, die nach Beendigung der Maßnahme (bspw. Heimwohnen, Betreutes Wohnen etc.) in

1. selbständiges Wohnen, ohne weitere Betreuung/Beratung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste wechseln:
2. selbständiges Wohnen, mit weiterer Betreuung / Beratung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste wechseln:

v.H.

**4.4 Indikatoren der Ergebnisqualität (zielgruppenübergreifend):**

**Bitte entsprechendes ankreuzen und erläutern:**

* **Wird die Zufriedenheit der Betroffenen gemessen? Ja  Nein**

**Bitte erläutern:**

* **Findet eine regelmäßige Überprüfung und Reflexion der Ja  Nein**

**Individuellen Hilfeplanziele statt?**

**Bitte erläutern:**

* **Findet eine Überprüfung der fachlichen Angemessenheit Ja  Nein**

**und Umsetzung der Maßnahmen statt?**

**Bitte erläutern:**

**4.5 Angaben zu den Wohnformen im Ambulant Betreuten Wohnen** (Zielgruppenübergreifend zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

1. **Angaben zur Wohnform:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anzahl der Personen im Einzelwohnen: |  |  |
|  |  |  |
| Anzahl der Personen in einer Wohngemeinschaft (ab zwei Personen): |  |  |

1. **Angaben zum Mietverhältnis:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anzahl der Personen, bei der der Vermieter der Leistungserbringer selbst oder im Mietverhältnis eine rechtliche oder wirtschaftliche Verbindung zu ihm besteht: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anzahl der Personen, die selbst auf dem freien Wohnungsmarkt eine Wohnung angemietet haben: |  |  |

**Datum, Unterschrift**

**Bremen, den .......................... ……….................................................... (Unterschrift(en) Geschäftsführung)**

1. Das Leitbild ist Bestandteil der Konzeption [↑](#footnote-ref-1)
2. Unter Besprechungswesen wird die Organisation, der Ablauf, die Dokumentation der Fall- und Dienstbesprechungen, der Teamsitzungen, Fallübergabe etc. gemeint und könnte auch als Merkmal der Prozessqualität zugeordnet werden. [↑](#footnote-ref-2)
3. Die Darstellung des Personals nach Qualität und Umfang erfolgt analog dem Personalbogen der Anlage 3 des BremLRV. Über Aktualisierungen und Anpassungen des Bogens ist vorerst in der Vertragskommission zu entscheiden. [↑](#footnote-ref-3)