

QPR Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste

Anlage 1

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in ambulanten Betreuungsdiensten

08.02.2021

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung

- ja
- nein
- t. n. z. = trifft nicht zu

Erhebungsbogen zur Prüfung im ambulanten Betreuungsdienst
(Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Betreuungsdienst

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

M/Info	
1.2 Daten zum ambulanten Betreuungsdienst	
a. Name	
b. Straße	
c. PLZ / Ort	
d. Institutions- kennzeichen (IK)	1.
	2.
	3.
	4.
e. Telefon	
f. Fax	
g. E-Mail	
h. Internet-Adresse	
i. Träger / Inhaber	
j. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k. ggf. Verband	
l. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
m. Datum Inbetriebnahme des ambulanten Betreuungsdienstes	
n. Verantw. Fachkraft Name	
o. Stellv. verantw. Fachkraft Name	
p. ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen	

M/Info			
1.3 Daten zur Prüfung			
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek	
b. Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst	
c. Datum			
	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	
d. Uhrzeit			
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
e. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des ambulanten Betreuungsdienstes			
f. Prüfende Gutachterinnen und Gutachter			
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen		
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		

M/Info	
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung
d.	Datum der letzten Prüfung nach §114 SGB XI TT.MM.JJJJ
e.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben
	TT.MM.JJJJ

M/Info				
1.5 Versorgungssituation				
		davon		
	Gesamt	ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen	ausschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung	kombiniert pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung
Versorgte Personen				

2. Allgemeine Angaben

M/B		ja	nein	E.
2.1	Wird durch den ambulanten Betreuungsdienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	E.
2.2	Werden Verträge nach § 120 SGB XI mit den versorgten Personen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	E.
2.3	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des ambulanten Betreuungsdienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
2.4	Räumliche Ausstattung:				<input type="checkbox"/>
a.	Eigene Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Team- & Fallbesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Wohnungsschlüssel der versorgten Personen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der versorgten Personen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/Info		ja	nein
2.5	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?		
a.	<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen		
b.	<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung		

M/Info		ja	nein	t. n. z.
2.6	Besteht eine Zusammenarbeit mit:			
a.	ambulanten Pflegediensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Ehrenamtliche Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Pflegestützpunkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Sonstige: (Freitext)			

3. Personelle Ausstattung

M/B		ja	nein	t. n. z.
3.1	Erfüllt die verantwortliche Fachkraft die folgenden Kriterien?			
a.	Fachausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Weiterbildung zur Leitungsqualifikation oder Weiterbildung durch Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein
3.2	Erfüllt die stellvertretende verantwortliche Fachkraft die folgenden Kriterien?		
a.	Fachausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	E.
3.3	Verfügen alle eingesetzten Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinien oder haben die Qualifikationsmaßnahme begonnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
3.4	Haben alle eingesetzten Betreuungskräfte im vergangenen Jahr an Fortbildungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinien im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info						
3.5	Zusammensetzung Personal					
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Personen:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstelle n in Vollzeit
Verantwortliche Fachkraft						
Stellv. verantwortliche Fachkraft						
Betreuungskräfte nach § 53b SGB XI						
Hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter						

4. Konzeptionelle Grundlagen

M/B		ja	nein	E.
4.1	Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	E.
4.2	Enthält das Konzept Aussagen zur Betreuung von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Qualitätsmanagement

M/B		ja	nein	E.
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	E.
5.2	Werden externe Reflexionen mindestens einmal im Jahr durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	E.
5.3	Werden Fallbesprechungen durchgeführt im Rahmen derer die Ergebnisse der erbrachten Betreuungsleistungen evaluiert und ggf. angepasst werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	E.
5.4	Werden die Erwartungen und Wünsche der versorgten Personen und deren An- und Zugehörigen systematisch ermittelt und ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	E.
5.5	Ist eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden bzw. zum Beschwerdemanagement vorhanden und wird diese angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	E.
5.6	Gibt es einen Notfallplan und ist dieser den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hygiene

M/B		ja	nein	E.
6.1	Stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bedarfsfall in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?			<input type="checkbox"/>
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/B		ja	nein	E.
6.2	Sind im ambulanten Betreuungsdienst die nachfolgenden Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?			<input type="checkbox"/>
a.	Empfehlung zur Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person (Prozess- und Ergebnisqualität)

7. Allgemeine Angaben

M/Info					
7.1 Auftragsnummer:					
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info					
7.2 Angaben zur versorgten Person					
a.	Name				
b.	Pflegekasse				
c.	Geburtsdatum				
d.	Beginn der Versorgung durch den ambulanten Betreuungsdienst				
e.	Aktuelle betreuungsrelevante Informationen zum Gesundheitszustand (Diagnosen, Medikation) laut Unterlagen des ambulanten Betreuungsdienstes				
f.	Pflegegrad				
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
g.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

M/Info					
7.3 Orientierung und Kommunikation					
a.	sinnvolles Gespräch möglich				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

M/Info					
7.4 Erhält die versorgte Person weitere Leistungen durch andere Anbieter?					
Wenn ja, welche?					
a.	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege				

<small>M/Info</small>	
7.5 Anwesende Personen	
a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Betreuungsdienstes
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters
d.	sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)

8. Prozess- und Ergebnisqualität der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung

M/B		ja	nein	E.
8.1	Werden in einer systematischen Informationserfassung die Bedürfnisse und Interessen der versorgten Person erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Werden bei der versorgten Person individuell, an den Wünschen, Bedürfnissen und Bedarfen orientierte Maßnahmen geplant, durchgeführt, evaluiert und ggf. angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Wird die versorgte Person bzw. ihre An- und Zugehörigen auf die Notwendigkeit von körperbezogenen Pflegemaßnahmen hingewiesen, wenn diese offensichtlich erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Abrechnungsprüfung

Die Prüfung der Abrechnung kann erst dann erfolgen, wenn Rahmenverträge nach § 75 Abs.1 SGB XI einschließlich Anlagen, Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI sowie entsprechende Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI auf der jeweiligen Landesebene vereinbart wurden.

M/Info		ja	nein
9.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Vertrag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitext:			

M/Info		t.n.z.
9.2	Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
Freitext:		

M/Info	
9.3	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/>	keine
Freitext:	

M/Info	
9.4	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/>	keine
Freitext:	

M/B		ja	nein	t. n. z.
9.5	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Leistung gar nicht erbracht			
<input type="checkbox"/>	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Dokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Fehlende Handzeichen			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, welche:			
Freitext:				

M/B		ja	nein	t. n. z.
9.6	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten			
<input type="checkbox"/>	Leistung nicht vollständig erbracht			
<input type="checkbox"/>	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten			
<input type="checkbox"/>	Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, welche:			
Freitext:				

M/Info		t. n. z.
9.7	Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
Freitext:		

M/Info	
9.8	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/>	keine
Freitext:	

M/Info	
9.9	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/>	keine
Freitext:	

M/B		ja	nein	t. n. z.
9.10	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Leistung gar nicht erbracht			
<input type="checkbox"/>	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Dokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Fehlende Handzeichen			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, welche:			
Freitext:				

M/B		ja	nein	t. n. z.
9.11	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein:			
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten			
<input type="checkbox"/>	Leistung nicht vollständig erbracht			
<input type="checkbox"/>	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten			
<input type="checkbox"/>	Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, welche:			
	<i>Freitext:</i>			

10. Sonstiges

(Freitext)