

QPR Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste

Anlage 2

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

08.02.2021

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

Allgemeine Hinweise

Die Kriterien jeder Frage sind jeweils mit „ja“ zu beantworten, wenn diese in allen Bereichen vollständig erfüllt sind.

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Kriterien ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten, mit „ja“ zu beantworten. Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des Betreuungsdienstes, da sie bei der versorgten Person keine Auswirkungen haben.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Die Anleitungstexte zu den Prüfkriterien sind als Erläuterungen zu Prüffragen zu verstehen. Hierbei handelt es sich um handlungsleitende Hilfestellungen.

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- B = Bewertungsfrage
- E = Empfehlung

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

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

1. Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Betreuungsdienst

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe Anlage 3 der QPR Teil 1b - Ambulante Betreuungsdienste.

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	

Erläuterung zur Prüffrage 1.2:

Trägerart

privat = private Trägerschaft mit gewerblichem Charakter (ggf. Zugehörigkeit zu privatem Trägerverband wie ABVP, VDAB, bpa o.ä.).

freigemeinnützig = freigemeinnützige Trägerschaft (i.d.R. Zugehörigkeit zu einem Wohlfahrtsverband wie AWO, Caritas, Der Paritätische, DRK, Diakonie, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland - ZWSt; Rechtsform überwiegend e.V., Stiftung oder gemeinnützige GmbH).

öffentlich = Trägerschaft der Kommune oder des Landes.

nicht zu ermitteln = Trägerart ist nicht zu ermitteln.

Institutionskennzeichen (IK)

Das Institutionskennzeichen ist vom ambulanten Betreuungsdienst zu erfragen. Es muss mindestens ein Institutionskennzeichen enthalten sein (Pflichtfeld). Es kann sein, dass weitere Institutionskennzeichen vergeben worden sind (optional, wenn vorhanden).

Datum der Inbetriebnahme des ambulanten Betreuungsdienstes

Hier ist anzugeben, seit wann der ambulante Betreuungsdienst unter dem jetzigen Träger besteht.

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?		

Erläuterung zur Prüffrage 1.3:

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und -zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnern des ambulanten Betreuungsdienstes, Prüferinnen und Prüfern des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes und weiteren an der Prüfung beteiligten Personen. „An der Prüfung Beteiligte“ ist anzukreuzen, wenn die genannten Institutionen ganz oder teilweise beteiligt sind.

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				
	Gesamt	davon		
		ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen	ausschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung	kombiniert pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung
Versorgte Personen				

Erläuterung zur Prüffrage 1.5:

In der Spalte „Gesamt“ sind alle vom ambulanten Betreuungsdienst versorgten Personen zu erfassen.

Die Tabelle im Erhebungsbogen soll eine Übersicht über die Versorgungssituation des ambulanten Betreuungsdienstes ermöglichen.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der ambulante Betreuungsdienst nachweisen kann, dass er regelhaft Kostenvoranschläge vor Abschluss eines Vertrages nach § 120 SGB XI erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvoranschlagsmuster, Vertragsmuster sofern die Kostenvoranschläge Bestandteil des Vertragsangebots umfassen oder andere geeignete Nachweise, wie z.B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Betreuungsdienst vor Vertragsabschluss den versorgten Personen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt.

Entscheidend für den Kostenvoranschlag ist nicht der Leistungsbeginn, sondern der Vertragsabschluss.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.2:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- nach Aussage des ambulanten Betreuungsdienstes Verträge nach § 120 SGB XI mit den versorgten Personen abgeschlossen werden und
- ein Mustervertrag vorgelegt werden kann und

anhand eines konkreten Beispiels der Abschluss eines den Anforderungen nach § 120 SGB XI genügenden Vertrages nachgewiesen wird.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.3:

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- die Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden (z. B. durch Aufbewahrung von Kundenakten in abschließbaren Schränken, bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für die zugriffsberechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Betreuungsdienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet werden.

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		

Erläuterung zur Prüffrage 2.5:

Ambulante Betreuungsdienste können Kooperationen mit anderen Leistungserbringern eingehen. Mit Einwilligung der versorgten Person können Leistungen durch Kooperationspartner erbracht werden. Dies setzt eine rechtzeitige Information der versorgten Personen über leistungsrelevante Daten des Kooperationspartners und über Art und Umfang der Leistungserbringung des Kooperationspartners voraus. Die Qualitätsverantwortung für die Leistungserbringung des Kooperationspartners bleibt beim ambulanten Betreuungsdienst.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.1a:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die verantwortliche Fachkraft entweder: über eine abgeschlossene Fachausbildung oder einen Hochschulabschluss vorzugsweise aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich verfügt (Dies können z. B. Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein.)

Erläuterung zur Prüffrage 3.1b:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die verantwortliche Fachkraft über praktische Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre verfügt.

Erläuterung zur Prüffrage 3.1d:

Für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft ist ab dem 1. Juni 2021 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme nach § 71 Abs. 3, Satz 5 SGB XI für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

- Managementkompetenzen (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen, Qualitätsmanagement) sowie
- Psychosoziale und kommunikative Kompetenzen sowie gerontopsychiatrische Kenntnisse

Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20 Prozent in Präsenzphasen vermittelt worden sein.

Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines nach deutschem Recht anerkannten betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer in- oder ausländischen Hochschule oder Universität zumindest auf Bachelor-Niveau erfüllt.

Für bereits erfolgte Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft im Rahmen des vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste gilt Bestandschutz.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.2a:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die stellvertretende verantwortliche Fachkraft entweder: über eine abgeschlossene Fachausbildung oder einen Hochschulabschluss vorzugsweise aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich verfügt (Dies können z. B. Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen,

Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein.)

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.3:

Die Qualifikation umfasst nach den „Richtlinien nach § 53b SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL)“ ein Orientierungspraktikum im Umfang von fünf Tagen, einen Basiskurs im Umfang von 100 h (Modul 1), ein Betreuungspraktikum in einer stationären Pflegeeinrichtung im Umfang von zwei Wochen (Modul 2) sowie einen Aufbaukurs im Umfang von 60 h (Modul 3). Für Betreuungskräfte gilt, dass abweichend von den Richtlinien nach § 53b SGB XI das Orientierungspraktikum nach § 4 Absatz 2 und das Betreuungspraktikum nach § 4 Absatz 3, Modul 2 auch in einem ambulanten Pflegedienst oder ambulanten Betreuungsdienst durchgeführt werden kann.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn alle als Betreuungskräfte beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL, unter Berücksichtigung der Durchführung der genannten Ausnahme bezüglich des Orientierungs- und Betreuungspraktikums in ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten, qualifiziert sind oder die Qualifizierungsmaßnahme begonnen haben und dies über Nachweise belegt ist. Wenn die Kenntnisse in anderen Ausbildungen oder Fortbildungsmaßnahmen nachweislich erworben worden sind, gelten die Qualifikationsmaßnahmen auch als erfüllt.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

Nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinien umfasst die regelmäßige Fortbildung jährlich mindestens insgesamt 16 Unterrichtsstunden, in der das vermittelte Wissen aktualisiert wird und die eine Reflexion der beruflichen Praxis einschließt. Hier sind auch Betreuungskräfte gemeint, die abweichend von den Richtlinien nach § 53b SGB XI das Orientierungspraktikum nach § 4 Absatz 2 und das Betreuungspraktikum nach § 4 Absatz 3, Modul 2 in einem ambulanten Pflegedienst oder ambulanten Betreuungsdienst durchgeführt haben. Im Jahr des Abschlusses der Qualifizierungsmaßnahme ist eine Fortbildung nicht erforderlich (erst im folgenden Kalenderjahr, sofern ein Beschäftigungsverhältnis besteht).

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn alle als Betreuungskräfte beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im vergangenen Jahr im Umfang von mindestens 16 Unterrichtsstunden an entsprechenden Maßnahmen teilgenommen haben. Sofern eine Betreuungskraft im vergangenen Jahr noch nicht im ambulanten Betreuungsdienst beschäftigt war, trifft die Frage für diese Kraft nicht zu.

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

Die Tabelle im Erhebungsbogen gibt einen Überblick über die Personalzusammensetzung. In den Spalten Voll-/Teilzeit und geringfügig Beschäftigte ist die Gesamtanzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter der jeweiligen Qualifikation aufzuführen. In der Kopfzeile für Vollzeit ist anzugeben, wie viele Stunden im ambulanten Betreuungsdienst auf Basis der dort geltenden tarifvertraglichen oder sonstigen Regelungen als Vollzeit gelten. In der letzten Spalte werden die einzelnen Angaben addiert und der gesamte Stellenumfang aufgeführt.

Die Angaben beruhen auf Selbstauskünften des ambulanten Betreuungsdienstes.

Stellt die Prüferin oder der Prüfer Diskrepanzen zwischen den Angaben des ambulanten Betreuungsdienstes und ihren oder seinen eigenen Feststellungen fest, ist dies im Freitext anzugeben.

4. Konzeptionelle Grundlagen

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn das Konzept für die pflegerische Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung Aussagen zu folgenden Aspekten enthält:

- Ausrichtung und Inhalte der angebotenen Betreuungsleistungen
- Innerbetriebliche Kommunikation
- Aussagen zu Fallbesprechungen
- Personelle Ausstattung
- Aussagen zur Betreuungsplanung und -dokumentation
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern
- Beschreibung der Informationswege bei offenkundigen Mängeln in der Versorgung und gesundheitsrelevanten Beobachtungen
- Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen und

das Konzept allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt ist.

Werden besondere Personengruppen betreut, sind dem speziellen Versorgungssetting entsprechende Betreuungsleistungen (z. B. kulturell, religiös, alters- sowie geschlechtsspezifisch) im Konzept aufzuführen.

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.2:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn im Konzept für die häusliche Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung Aussagen insbesondere zu folgenden Aspekten vorhanden sind:

- Maßnahmen der Beziehungsgestaltung
- Umgang mit psychischen Verhaltenssymptomen
- Fallbesprechungen
- Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen einschließlich der Informationsweitergabe und

die Inhalte allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt sind.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der ambulante Betreuungsdienst nachvollziehbar (z. B. durch Stellenbeschreibung, Organigramm) die Verantwortung für das Qualitätsmanagement des ambulanten Betreuungsdienstes der Leitungsebene zugeordnet hat und diese Verantwortung von dieser Person nachvollziehbar wahrgenommen wird (z. B. Festlegung/Freigabe von Zielen, Prozessen).

M/B		ja	nein	E.
5.2	Werden externe Reflexionen mindestens einmal im Jahr durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.2:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn z. B. fachliche Supervisionen oder Coachings mindestens einmal im Jahr unter Beteiligung einer Fachkraft mit Erfahrung in der Gerontopsychiatrie (z.B. Pflegefachkraft, Ergotherapeut oder Fachkraft mit einschlägigem Studium) durchgeführt werden.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.3:

Die Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen ist nach der Richtlinie nach § 112a SGB XI eine Aufgabe der verantwortlichen Fachkraft. An den Fallbesprechungen sind die bei den versorgten Personen eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beteiligen. Sie dienen der Einschätzung der aktuellen Betreuungssituation, der Versorgungssicherheit und dem erkennen von Anpassungs- bzw. Verbesserungspotenzialen.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn z. B. Zufriedenheitsbefragungen oder strukturierte Veranstaltungen für An- und Zugehörige o. ä. durchgeführt werden und die Ergebnisse im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in das Qualitätsmanagement einbezogen werden.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden bzw. zum Beschwerdemanagement allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt ist.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.6:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein Notfallplan vorliegt, der alle Sofortmaßnahmen beinhaltet die beim Auftreten eines Notfalls bei versorgten Personen getroffen werden müssen (z. B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen die versorgten Personen nicht öffnen).

Der Notfallplan ist allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt.

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"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.1:

Zur Beantwortung dieser Frage ist zu überprüfen, ob beim ambulanten Betreuungsdienst im Bedarfsfall entsprechende Arbeitshilfen vorrätig sind.

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"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.2b:

Relevant ist hier die Empfehlung, die für Arztpraxen und nicht stationäre Einrichtungen gilt.

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

Allgemeine Hinweise:

Für die Prüfung der auf die versorgte Person bezogenen Kriterien sollten im Regelfall die Dokumentation mindestens der letzten vier Wochen herangezogen werden. Der Rückverfolgungszeitraum von sechs Monaten ist nur in begründeten Einzelfällen zu überschreiten.

7. Allgemeine Angaben

M/Info						
7.1		Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen		

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

M/Info	
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)

Erläuterung zur Prüffrage 7.5c: Der Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters wird im Prüfbericht pseudonymisiert.

Erläuterung zur Prüffrage 7.5d: Für die sonstigen Personen sind keine Namen anzugeben.

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der ambulante Betreuungsdienst in einer systematischen Informationserfassung die betreuungsrelevanten zu den Bedürfnissen, Wünschen und Interessen der versorgten Person erfasst und in Absprache mit der versorgten Person bzw. dessen Bevollmächtigte oder Bevollmächtigten oder Betreuerin oder Betreuer und ggf. den An- und zugehörigen festlegt, welche Aufgaben durch den ambulanten Betreuungsdienst übernommen werden.

M/B		ja	nein	E.
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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.2:

Die Frage bezieht sich auf Maßnahmen der pflegerischen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung, die darauf ausgerichtet sein sollen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn das Ergebnis der pflegerischen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung regelmäßig auch mit den pflegebedürftigen Menschen (und ggfs. ihren An- und Zugehörigen) sowie mit den an der Pflege Beteiligten erörtert wird.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
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"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.3:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn im Falle der Notwendigkeit körperbezogener Pflegemaßnahmen auf den Einbezug anderer Leistungserbringer hingewiesen wird.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn offensichtlich keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen erforderlich sind.

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"/>
<i>Freitext:</i>			

Erläuterung zur Prüffrage 9.1:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein schriftlicher vom ambulanten Betreuungsdienst und von der versorgten Person unterschriebener Vertrag vorliegt, dieser die tatsächlich zu erbringenden Leistungen enthält und die daraus resultierenden Kosten ausweist.

Die Frage ist u.a. mit „nein“ zu beantworten, wenn im Vertrag die aktuell tatsächlich erbrachten Leistungen nicht dargestellt sind oder wenn der Kostenvoranschlag nicht die aktuell zu berechnenden Leistungen umfasst.

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.2:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.3:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.4:

Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Vertrag vorliegen, ist die Frage nach der Dokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für den geprüften Abrechnungszeitraum zu beantworten. Zu prüfen ist die Abrechnung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, die als Sachleistung nach § 36 SGB XI erbracht worden sind.

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 der Mitarbeiter bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein				
<input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 9.5:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

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, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 9.6:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen, Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen eines LK), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erstbesuch, landesspezifische Regelungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsvereinbarungen sind zu beachten.

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:		
<i>Freitext:</i>		

Erläuterung zur Prüffrage 9.7:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.8:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.9:

Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Vertrag vorliegen, ist die Frage nach der Dokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für die ausgewählten Betrachtungstage zu beantworten.

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 der Mitarbeiter bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Fehlende Handzeichen			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, welche:			
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 9.10:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

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:			
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 9.11:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen, Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen eines LK), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erstbesuch, landesspezifische Regelungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind zu beachten.

10. Sonstiges

(Freitext)