

Grundlage der gemeinsamen Datenerhebung der
Medizinischen Dienste

Datensatzbeschreibung zur Erfassung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten nach § 114 SGB XI

Stand 16.12.2021



Datensatzbeschreibung Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff SGB XI - ambulante Betreuungsdienste [gültig ab: 01.04.2021] Stand: 16.12.2021			
Feldname	Bezeichnung	Typ	Wert
Einrichtungsbogen			
T0101	Auftragsnummer	Char (26)	
T0102_20	Bundesland	Varchar (50)	
C0102_01	1.2j Trägerart	Number (1)	1 = privat 2 = freigemeinnützig 3 = öffentlich 4 = nicht zu ermitteln
C0103_08	1.3a Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	Number (1)	1 = AOK 2 = BKK 3 = IKK 4 = Knappschaft 5 = LKK 6 = vdek
T0103_02	1.3c Datum 1. Tag der Prüfung	Number (8)	Datum im Format tttmmjjj
T0103_05	1.3c Datum bis	Number (8)	Datum im Format tttmmjjj
C0103_02	1.3g An der Prüfung Beteiligte: Pflegekasse	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0103_03	1.3g An der Prüfung Beteiligte: Sozialhilfeträger	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0103_04	1.3g An der Prüfung Beteiligte: Gesundheitsamt	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0103_05	1.3g An der Prüfung Beteiligte: Trägerverband	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0103_06	1.3g An der Prüfung Beteiligte: Sonstige	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0104	1.4a-c Prüfungsarten	Number (1)	1 = Regelprüfung 2 = Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) 3 = Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) 4 = Anlassprüfung (sonstige Hinweise) 5 = Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung 6 = Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung
T0105_01	1.5 versorgte Personen - gesamt	Number (4)	
T0105_02	1.5 Versorgte Personen - ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen	Number (4)	
T0105_03	1.5 Versorgte Personen - ausschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung	Number (4)	
T0105_04	1.5 Versorgte Personen - kombiniert pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung	Number (4)	
R0201_01	2.1 Wird durch den ambulanten Betreuungsdienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0202_01	2.2 Werden Verträge nach § 120 SGB XI mit den versorgten Personen abgeschlossen?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0203_01	2.3 Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des ambulanten Betreuungsdienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0204_01	2.4a Eigene Geschäftsräume vorhanden	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0204_02	2.4b Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Team- & Fallbesprechung	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0204_03	2.4c Wohnungsschlüssel der versorgten Personen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t, n, z.
R0204_04	2.4d Zuordnung der Wohnungsschlüssel der versorgten Personen für Unbefugte nicht möglich	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t, n, z.
R0205_01	2.5 Werden Leistungen ganz oder teilweise von anderen Anbietern erbracht?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0205_01	2.5a Pflegerische Betreuungsmaßnahmen	Number (1)	1 = ja
C0205_02	2.5b Hilfen bei der Haushaltsführung	Number (1)	1 = ja
R0206_01	2.6a ambulante Pflegedienste	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0206_02	2.6b Selbsthilfegruppen	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0206_03	2.6c Ehrenamtliche Personen	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0206_04	2.6d Pflegestützpunkte	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t, n, z.
R0301_01	3.1a Fachausbildung	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0301_02	3.1b ausreichende Berufserfahrung	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0301_03	3.1c sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0301_04	3.1d Weiterbildung zur Leitungsqualifikation oder Weiterbildung durch Studium	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t, n, z.
R0302_01	3.2a Fachausbildung	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0302_02	3.2b sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0303_01	3.3 Verfügen alle eingesetzten Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinien oder haben die Qualifikationsmaßnahme begonnen?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0304_01	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?	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t, n, z.
T0305_08	3.5 Zusammensetzung Personal - Verantwortliche Fachkraft	Number (4,2)	Gesamtstellen in Vollzeit mit 2 Nachkommastellen
T0305_15	3.5 Zusammensetzung Personal - Stellv. verantwortliche Fachkraft	Number (4,2)	Gesamtstellen in Vollzeit mit 2 Nachkommastellen
T0305_22	3.5 Zusammensetzung Personal - Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI	Number (4,2)	Gesamtstellen in Vollzeit mit 2 Nachkommastellen
T0305_29	3.5 Zusammensetzung Personal - Hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Number (4,2)	Gesamtstellen in Vollzeit mit 2 Nachkommastellen
R0401_01	4.1 Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept vor?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0402_01	4.2 Enthält das Konzept Aussagen zur Betreuung von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0501_01	5.1 Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0502_01	5.2 Werden externe Reflexionen mindestens einmal im Jahr durchgeführt?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0503_01	5.3 Werden Fallbesprechungen durchgeführt im Rahmen derer die Ergebnisse der erbrachten Betreuungsleistungen evaluiert und ggf. angepasst werden?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0504_01	5.4 Werden die Erwartungen und Wünsche der versorgten Personen und deren An- und Zugehörigen systematisch ermittelt und ausgewertet?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0505_01	5.5 Ist eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden bzw. zum Beschwerdemanagement vorhanden und wird diese angewendet?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0506_01	5.6 Gibt es einen Notfallplan und ist dieser den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0601_01	6.1a Handschuhe	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0601_02	6.1b Händedesinfektionsmittel	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0601_03	6.1c Schutzkleidung	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0602_01	6.2a Empfehlung zur Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0602_02	6.2b Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen	Number (1)	1 = ja 0 = nein

Bogen versorgte Person			
T0701_01	7.1 Auftragsnummer	Char (26)	
T0701_04	7.1 Nummer Erhebungsbogen	Varchar (50)	
T0702_03	7.2c Geburtsdatum	Number (4)	nur Geburtsjahr [JJJJ]
R0702_01	7.2f Pflegegrad	Number (1)	2 = Pflegegrad 2 3 = Pflegegrad 3 4 = Pflegegrad 4 5 = Pflegegrad 5
R0703_01	7.3a sinnvolles Gespräch möglich	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0703_02	7.3b nonverbale Kommunikation möglich	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0703_03	7.3c Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0704_01	7.4 Erhält die versorgte Person weitere Leistungen durch andere Anbieter?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0704_01	7.4a Körperbezogene Pflegemaßnahmen	Number (1)	1 = ja
C0704_02	7.4b Behandlungspflege	Number (1)	1 = ja
R0801_01	8.1 Werden in einer systematischen Informationserfassung die Bedürfnisse und Interessen der versorgten Person erfasst?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0802_01	8.2 Werden bei der versorgten Person individuell, an den Wünschen, Bedürfnissen und Bedarfen orientierte Maßnahmen geplant, durchgeführt, evaluiert und ggf. angepasst?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0803_01	8.3 Wird die versorgte Person bzw. ihre An- und Zugehörigen auf die Notwendigkeit von körperbezogenen Pflegemaßnahmen hingewiesen, wenn diese offensichtlich erforderlich sind?	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t. n. z.
R0901_01	9.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Vertrag vor?	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_03	9.3 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	Number (1)	1 = Keine
C0901_04	9.4 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	Number (1)	1 = Keine
R0901_05	9.5 Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t. n. z.
C0901_05_1	9.5 wenn nein: Leistung gar nicht erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_05_2	9.5 wenn nein: Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_05_3	9.5 wenn nein: Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_05_4	9.5 wenn nein: Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_05_5	9.5 wenn nein: Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_05_6	9.5 wenn nein: Fehlende Handzeichen	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_05_7	9.5 wenn nein: Sonstiges	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0901_06	9.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t. n. z.
C0901_06_1	9.6 wenn nein: Abrechnungsausschlüsse missachtet	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_06_2	9.6 wenn nein: Leistung nicht vollständig erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_06_3	9.6 wenn nein: Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_06_4	9.6 wenn nein: Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_06_5	9.6 wenn nein: Sonstiges	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_08	9.8 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	Number (1)	1 = Keine
C0901_09	9.9 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	Number (1)	1 = Keine
R0901_10	9.10 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t. n. z.
C0901_10_1	9.10 wenn nein: Leistung gar nicht erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_10_2	9.10 wenn nein: Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_10_3	9.10 wenn nein: Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_10_4	9.10 wenn nein: Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_10_5	9.10 wenn nein: Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_10_6	9.10 wenn nein: Fehlende Handzeichen	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_10_7	9.10 wenn nein: Sonstiges	Number (1)	1 = ja 0 = nein
R0901_11	9.11 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	Number (1)	1 = ja 0 = nein 5 = t. n. z.
C0901_11_1	9.11 wenn nein: Abrechnungsausschlüsse missachtet	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_11_2	9.11 wenn nein: Leistung nicht vollständig erbracht	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_11_3	9.11 wenn nein: Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_11_4	9.11 wenn nein: Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten	Number (1)	1 = ja 0 = nein
C0901_11_5	9.11 wenn nein: Sonstiges	Number (1)	1 = ja 0 = nein