

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

Gemeinsamer Strukturhebungsbogen zum Antrag eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI (Pflegeversicherung) für eine ambulante Pflegeeinrichtung

(Wir bitten zu beachten, dass eine Kostenübernahme vor Abschluss
des Versorgungsvertrages nicht möglich ist.)

Angaben zur Einrichtung

A. Allgemeine Angaben

1. Name der Einrichtung
.....
.....
- Art der Einrichtung (z.B. FED, Aids-Pflegedienst)
- Straße
- Postfach
- PLZ/Ort
- Geschäftsführer/in
- Tel.-Nr./Telefax
- E-Mail
- Institutionskennzeichen (IK)
- Landkreis/kreisfreie Stadt
- Art der Tätigkeit allg. ambulanter Pflegedienst
 überwiegend zur Pflege und Betreuung behinderter
Menschen
 sonstiges:
- Beginn der Tätigkeit
(bzw. Datum der Umstrukturierung/ der Übernahme)

2. Träger der Einrichtung
- Rechtsform
- Straße
- PLZ/Ort
- Tel.-Nr./Telefax
- E-Mail

- Status öffentlich
 freigemeinnützig
 privat

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegediensten im Land?
(z.B. Spitzenverband, Landesverband)

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

3. Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes

bei kreisfreien Städten:

Stadtbezirke (mit PLZ)

.....

.....

bei Landkreisen:

Gemeinden (mit PLZ)

.....

.....

B. Verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes

1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft gegeben?

Ja

Nein

Name, Vorname

Adresse
(freiwillige Angabe)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungs-urkunde beifügen)

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- Altenpflegerin/Altenpfleger
- Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger
- Heilerzieherin/Heilerzieher

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

4. Ist die verantwortliche Pflegefachkraft neben der Tätigkeit im ambulanten Pflegedienst noch zuständig/verantwortlich für eine Einrichtung der

Kurzzeitpflege ja nein

teilstationären Pflege (Tages-/Nachtpflege) ja nein

vollstationären Pflege ja nein

wenn ja:
wöchentliche Arbeitszeit:

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes hat eine Weiterbildungs-maßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden erfolgreich abgeschlossen (bitte Nachweis beifügen).

Ja

Nein

6. Wer vertritt die verantwortliche Pflegefachkraft bei deren Ausfall?

Name, Vorname

Adresse
(freiwillige Angabe)

7. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungs urkunde beifügen)

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- Altenpflegerin/Altenpfleger
- Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger
- Heilerzieherin/Heilerzieher

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

8. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

C. Personelle Besetzung in der Pflege

Anzahl der angestellten Mitarbeiter			
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig Beschäftigte
I. Pflege- und Betreuungsbereich			
Pflegefachfrau/-mann			
Krankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und KrankenpflegerIn			
Kinderkrankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn			
Altenpfleger/in			
Haus- und Familienpflegehelfer/in			
Krankenpflegehelfer/in			
Altenpflegehelfer/in			
Haus- und Familienpflegerin			
Dorfhelfer/in			
Familienbetreuer/in			
Heilerziehungspfleger/in			
Heilerzieher/in			
Hebammen/Geburtshelfer ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)			
Anzahl der angestellten Mitarbeiter			
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig Beschäftigte
II. Auszubildende			
Auszubildende und Praktikant/in			
Schüler/in zum/zur Pflegefachmann/-frau			
Schüler/in der Altenpflege			
Schüler/in der Heilerziehungspflege			
Schüler/in der Krankenpflege			
Erzieher/in im Anerkennungspraktikum			
Vorpraktikant/in in der Pflege/Hauswirtschaft			
sonstige Auszubildende/Praktikant/innen			

*) Welche Ausbildung?

Besteht jeweils ein Arbeitsvertrag mit den MitarbeiterInnen?

Ja

Nein

Wenn nein, weshalb nicht:

.....

Sonstige personelle Besetzung

Anzahl der Mitarbeiter			
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig Beschäftigte
I. Hauswirtschaftsbereich			
Hauswirtschafter/in			
Fachhauswirtschafter/in			
Wirtschafter/in			
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in			
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)			
Ökotrophologe/in			
ohne tätigkeitspezif. Ausbildung *)			
II. Verwaltung			
Verwaltungskräfte			
III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeits-/Ergotherapeutin			
Diakon/in			
Erzieher/in			
Heilpädagogin/in			
Anzahl der Mitarbeiter			
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig Beschäftigte
Krankengymnast/in			
Logopäde/in			
Masseur/in, Bademeister/in			
Musiktherapeut/in			
Pädagoge/in			
Psychagoge/in			
Psychologe/in			
Rhythmuslehrer/in			
Sonderpädagogin/in			
Sozialarbeiter/in			
Sozialpädagogin/in			
Soziologe/in			
Sportlehrer/in			
Theologe/in			
Sonstige			
IV. Haustechnischer Bereich			
technisches Personal			
Raumpfleger/in			
Küchenpersonal			

*) Welche Ausbildung

D. Leistungen

1. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis).

Ja

Nein

Wenn nein:

Der Pflegedienst richtet sich an besondere Personengruppen
(Mehrfachbenennungen sind möglich)

nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

nur pflegebedürftige Erwachsene

pflegebedürftige Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung

pflegebedürftige Menschen mit körperlicher Behinderung

pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit schweren erworbenen Hirnschädigungen (Phase F)

AIDS–kranke Menschen

MS –kranke Menschen

Sonstige: Welche

2. Welches pflegerische Modell liegt dem Pflegedienst zugrunde? (Pflegekonzept bitte beifügen)

.....

3. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten erbracht?

Ja

Nein

Wenn ja, mit wem?

.....

für welche Leistungen?

.....

Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen.

4. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt

Ja

Nein

5. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?

Ja

Nein

6. Der Pflegedienst ist Tag und Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar und gewährleistet Hilfe, ggf. in Kooperation mit anderen zugelassenen Pflegediensten.

Ja

Nein

Wenn ja, wie:

.....
.....

7. Der Pflegedienst ist verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagement wurde bereits einrichtungsintern eingeführt.

Ja, seit _____ (bitte Konzept beifügen)
(Datum der Einführung)

Noch nicht, jedoch geplant für _____ (Konzept wird nachgereicht)
(Datum der Einführung)

8. Werden die Expertenstandards nach den gesetzlichen Vorgaben (§113a SGB XI) angewendet?

Ja

Nein

9. Besteht für diese Einrichtung eine Tarifbindung/-Anlehnung oder werden die Arbeitnehmenden, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung erbringen, nach regional üblichem Entgelt entlohnt ?

Ja

Nein

falls ja:

Eine Erfassung mit Angabe der notwendigen Daten ist gemäß Richtlinie nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI in der Daten Clearing Stelle (DCS) verpflichtend durchzuführen. Weitere Informationen erhalten Sie während des Antragsverfahrens.

falls nein:

Ausstellung eines Versorgungsvertrags gem. §72 SGB XI ist nicht möglich.

E. Weitere allgemeine Angaben

Ist sichergestellt, dass der Pflegedienst organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind.

Ja

Nein

Der Träger der Pflegeeinrichtung bzw. eine mit dem Träger im Zusammenhang stehende weitere Institution (Tochtergesellschaft, weitere GmbH, verwandte oder verschwägerte Person, etc.) betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch einen/eine

weiteren ambulanten Pflegedienst

Ja

Nein

teilstationäre Pflegeeinrichtung

JaPlätze

Nein

vollstationäre Pflegeeinrichtung

JaPlätze

Nein

Kurzzeitpflegeeinrichtung

JaPlätze

Nein

Krankenhauseinrichtung

Ja

Nein

Der Träger der Pflegeeinrichtung bzw. eine mit dem Träger im Zusammenhang stehende weitere Institution (Tochtergesellschaft, weitere GmbH, verwandte oder verschwägerte Person, etc.) betreibt im räumlichen Verbund auch einen/eine

ambulanten Pflegedienst

Ja

Nein

teilstationäre Pflegeeinrichtung

JaPlätze

Nein

vollstationäre Pflegeeinrichtung

JaPlätze

Nein

Kurzzeitpflegeeinrichtung

JaPlätze

Nein

Krankenhauseinrichtung

Ja

Nein

F. Zusätzliche Leistungen (SGB XI)

Welche Leistungen werden vom Pflegedienst neben den Pflege- und Betreuungsleistungen nach § 36, § 123 und § 124 SGB XI (häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung) sowie den Beratungseinsatz gemäß § 37 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 4 SGB XI angeboten?

Häusliche- Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Hausnotrufdienst

Verhinderungs-/Ersatzpflege (§ 39 SGB XI)

Pflegekurse (§ 45 SGB XI)

Essen auf Rädern

Pflegehilfsmittelverleih

Sonstige: Welche

G. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

Die Betriebskosten des Pflegedienstes werden bezuschusst:

Ja Nein

Die Förderung der Betriebskosten wird beantragt:

Ja Nein

Falls ja, durch wen/bei wem:

- Landkreis und/ oder Kommune
- Land
- sonstige Stellen

für welche Leistungen
in welcher Höhe
für welchen Zeitraum

H. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

Wird der Pflegedienst hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert?

Ja Nein

Wird die Förderung der betriebsnotwendigen Investitionen beantragt?

Ja Nein

Falls ja, durch wen/bei wem

- durch den Landkreis
- durch die Kommune

In welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

..... Euro

..... Zeitraum

I. Entgelt für Investitionsanteile

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

Ja

Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt: Euro

J. Weitere Unterlagen/Nachweise

Darüber hinaus werden die nachstehenden Unterlagen/Nachweise für die Prüfung Ihres Antrages benötigt:

für den Geschäftsführer/Leiter

- Unbedenklichkeitserklärung

für die verantwortliche Pflegefachkraft

- Nachweise über die berufspraktische Tätigkeit von 2 Jahren innerhalb der letzten acht Jahre vor der Antragstellung nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden

für den Pflegedienst

- Abschluss/Nachweis einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
- Meldung beim Gesundheitsamt
- Einrichtungskonzept

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 ff. SGB V und § 94 Abs. 1 ff SGB XI zum Zwecke der Beurteilung für den Antrag eines Versorgungsvertrages erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der notwendigen Prüfung führen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

Hinweis für den Antragsteller:

Die Bearbeitung des Antrages auf Abschluss des Versorgungsvertrages für den ambulanten Bereich benötigt etwas Zeit. Erfahrungsgemäß sind ca. 6 – 8 Wochen erforderlich. Wir bitten dies zu berücksichtigen, zumal der Versorgungsvertrag erst ausgefertigt werden kann, wenn alle Voraussetzungen vorliegen und auch nachgewiesen sind. Eine rückwirkende Vertragsausfertigung sowie eine rückwirkende Kostenübernahme sind leider nicht möglich.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Trägers