

# Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

## Gemeinsamer Strukturhebungsbogen zum Antrag auf einen Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI (Pflegeversicherung) für eine ambulante Pflegeeinrichtung

**Achtung: Eine Kostenübernahme durch die Pflegekassen ist erst möglich,  
wenn der Versorgungsvertrag vorliegt**

### 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 .....  
Email-Adresse .....  
IK-Kennzeichen (sofern bereits vorhanden) .....  
Landkreis/kreisfreie Stadt .....  
Art der Tätigkeit  allg. ambulanter Pflegedienst  
 überwiegend zur Pflege und Betreuung Behinderter  
 sonstiges: .....  
Beginn der Tätigkeit .....  
(bzw. Datum der Umstrukturierung/ der Übernahme)
2. Träger der Einrichtung .....  
Rechtsform .....  
Straße .....  
PLZ/Ort .....  
Tel.-Nr./Telefax .....

Status  öffentlich  
 freigemeinnützig  
 privat - gewerblich

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

Wenn ja:

Name, Vorname.....

Adresse .....  
(freiwillige Angabe)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (Nachweis beifügen)

- Krankenschwester/ Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin/ Altenpfleger
- Heilerziehungspflegerin/ Heilerziehungspfleger
- Heilerzieherin/ Heilerzieher

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Sonstige: .....

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in dem Pflegedienst aus.

Ja  Nein

Wenn nein, warum?

.....  
.....

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

Kurzzeitpflege  ja  nein

Tages-/Nachtpflege  ja  nein

vollstationären Pflege  ja  nein

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden besucht.

Ja  Nein

Bitte Nachweis beifügen.

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 (Nachweis beifügen)

- Krankenschwester/ Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin/ Altenpfleger
- Heilerziehungspflegerin/ Heilerziehungspfleger
- Heilerzieherin/ Heilerzieher

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Sonstige: .....

7. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung aus.

Ja  Nein

### C. Personelle Besetzung in der Pflege

	Anzahl der angestellten Mitarbeiter		geringfügig Beschäftigte
	Vollzeit	Teilzeit	
<b>I. Pflege- und Betreuungsbereich</b>			
Krankenschwester/-pfleger			
Kinderkrankenschwester/-pfleger			
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 *)			
<b>II. Auszubildende</b>			
Auszubildende und Praktikant/in			
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		geringfügig Beschäftigte
	Vollzeit	Teilzeit	
<b>I. Hauswirtschaftsbereich</b>			
Hauswirtschafter/in			
Fachhauswirtschafter/in			
Wirtschafter/in			
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in			
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)			
Okotrophologe/in			
ohne tätigkeitspezif. Ausbildung *)			
<b>II. Verwaltung</b>			
Verwaltungskräfte			
<b>III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst</b>			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeits-/Ergotherapeutin			
Diakon/in			
Erzieher/in			
Heilpädagogin/in			
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			
<b>IV. Zivildienstleistende</b>			
Zivildienstleistende			
<b>V. Haustechnischer Bereich</b>			
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 möglich)

- nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche  
 nur pflegebedürftige Erwachsene  
 pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen  
 pflegebedürftige körperbehinderte Menschen  
 pflegebedürftige geistig behinderte Menschen  
 Apalliker  
 AIDS-Kranke  
 MS-Kranke  
 Sonstige: Welche.....

2. Welche pflegerische Konzeption liegt dem Pflegedienst zugrunde? (Pflegerkonzeption 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

Wenn ja, bitte Mustervertrag beifügen.

6. Der Pflegedienst ist Tag und Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar und gewährleistet Hilfe, ggf. in Kooperation mit anderen 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 \_\_\_\_\_ (Datum der Einführung) (bitte Konzept beifügen)  
 Noch nicht, jedoch geplant für \_\_\_\_\_ (Datum der Einführung)  
 Nein

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

- Ja  Nein

9. Wird eine ortsübliche Arbeitsvergütung an die Beschäftigten des Pflegedienstes bezahlt?

- Ja  Nein

## E. Zusätzliche Leistungen

Welche Leistungen werden vom Pflegedienst neben den Pflegesachleistungen nach SGB XI angeboten?

- Häusl. Krankenpflege (§37 SGB V)   
Haushaltshilfe (§38 SGB V)   
Hausnotrufdienst   
Kurse für häusliche Pflege   
Essen auf Rädern   
Pflegehilfsmittelverleih   
Sonstige  Welche .....
- .....  
.....

## F. 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 .....

## G. 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

## H. Allgemeine Angaben

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

Ja  Nein



Wird von dem Träger am Ort auch eine voll-, teilstationäre und/ oder Kurzzeitpflegeeinrichtung betrieben?

- Kurzzeitpflege
- Tagespflege in
- Nachtpflege in
- vollstationäre Pflege

## I. Entgelt für Investitionsanteile

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

- Ja  Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt:.....Euro

Es ist beabsichtigt, den Pflegebedürftigen Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen zu berechnen.

- Ja  Nein

## 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 innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung (Zeugnisse) nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Nachweis einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden
- Führungszeugnis (nicht älter als 6 Monate)
- Gesundheitszeugnis (nicht älter als 6 Monate)

### **für den Dienst**

- Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
- Meldung beim Gesundheitsamt
- Meldung beim Finanzamt (soweit nicht freigemeinnützig)

**Hinweis für den Antragsteller:**

**Die Bearbeitung des Antrages auf Abschluss des Versorgungsvertrages für den amb. 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 ist leider nicht möglich.**

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift