

**Senden Sie den Antrag mit den Nachweisen aus der beigefügten Checkliste gemeinsam, vollständig und digital per PDF-Datei an die folgende E-Mailadresse:
AmbPflegeHES_Zulassung@vdek.com**

Bitte geben Sie im Betreff Ihrer E-Mail stets Ihren Landkreis und Ihre IK Nummer an.

Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen für **ambulante Pflegeeinrichtungen**

Die nachfolgend benannte Einrichtung beantragt die Zulassung zur Versorgung durch Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 72 SGB XI zum _____

I. Angaben zum Neuantrag / Änderungsantrag

A. Allgemeine Angaben

- | | | |
|------------------------------|---|-------|
| 1. Name der Einrichtung | : | _____ |
| Straße | : | _____ |
| Postfach | : | _____ |
| PLZ / Ort | : | _____ |
| Geschäftsführer/in | : | _____ |
| Pflegedienstleiter/in | : | _____ |
| Tel.-Nr. / Telefax | : | _____ |
| E- Mail- Adresse | : | _____ |
| Homepage | : | _____ |
| IK-Kennzeichen | : | _____ |
| Landkreis / kreisfreie Stadt | : | _____ |
| | | |
| 2. Träger der Einrichtung | : | _____ |
| Rechtsform | : | _____ |
| Straße | : | _____ |
| Postfach | : | _____ |
| PLZ / Ort | : | _____ |
| Tel.-Nr. / Telefax | : | _____ |

E- Mail- Adresse : _____
Homepage : _____
Status : ☐ öffentlich
☐ freigemeinnützig
☐ privat

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern/Berufsverband von Pflegediensten im Land Hessen:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Erklärung zum örtlichen Einzugsbereich:

Hinweis: Das Versorgungsgebiet darf vom Betriebssitz des Pflegedienstes
15 Entfernungskilometer **nicht** überschreiten.

Es wird folgendes Versorgungsgebiet gewünscht (bitte genaue Angabe der Großstadt/Stadt
einschl. Stadtbezirke bzw. Gemeinden):

Gemeinden/Stadt/Stadtbezirke:

B. Grundsätzliche Angaben

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

☐ Ja ☐ Nein

Es ist sichergestellt, daß die Einrichtung organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, in dem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind.

☐ Ja ☐ Nein

Der Pflegedienst verpflichtet sich nach § 112 SGB XI Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 113 SGB XI durchzuführen.

☐ Ja ☐ Nein

Die Pflegeeinrichtung verfügt über eine Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe für Personen-, Sach- und Vermögensschäden.

☐ Ja

☐ Nein

C. Tariftreue-Regelung

Den Beschäftigten des Pflegedienstes in Pflege und Betreuung wird ab dem 01.09.2022 eine den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 72 Absatz 3c SGB XI zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen zur Einhaltung der Vorgaben für Versorgungsverträge nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI (Zulassungs-Richtlinien) vom 24.01.2022 in der jeweils gültigen Fassung entsprechende Vergütung gezahlt (Tariftreue-Regelung).

☐ Ja

☐ Nein

Der Pflegedienst verpflichtet sich zur Abgabe einer unverzüglichen Meldung im Rahmen der Tariftreueregelung bei der DCS (DatenClearingStelle). Diese muss erstmalig im Rahmen der Zulassung als Pflegeeinrichtung erfolgen und muss danach immer dann aktualisiert werden, wenn es Änderung der Vergütungsgrundlage der Beschäftigten in Pflege und Betreuung gibt (§72 Absatz 3d Satz2 SGB XI).

☐ Ja

☐ Nein

Gilt nur für Vollanwender Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung:

Der Pflegedienst verpflichtet sich auf der Grundlage von §72 Absatz 3a SGB XI (sog. Vollanwender eines Tarifs oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung) zusätzlich, jeweils bis zum Ablauf des 30.09. eines Jahres, eine Meldung nach § 72 Abs. 3e SGB XI über die maßgeblichen Informationen zur Entlohnung der Beschäftigten in Pflege und Betreuung bei der DCS vorzunehmen.

☐ Ja

☐ Nein

¹ Es handelt sich hierbei entweder um tarifgebundene Einrichtungen, deren Träger entweder selbst Partei des Tarifvertrages ist oder Mitglied in einem Arbeitgeberverband (§§ 2 und 3 TVG) oder um Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft, die zur Anwendung einer kirchlichen AVR, die von einer zuständigen Arbeitsrechtlichen Kommission beschlossen wurden, verpflichtet sind.

D. Verantwortliche Pflegefachkraft

1. Die Tätigkeit als **verantwortliche Pflegefachkraft** wird ausgeübt von

Name, Vorname: _____

1a. Die Tätigkeit wird von der unter Punkt 1 genannten Person ab folgendem Zeitpunkt
Übernommen: _____ (Datum).

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der
Berufsbezeichnung:

- ☐ Krankenschwester/ Krankenpfleger
- ☐ Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
- ☐ Altenpflegerin/ Altenpfleger
- ☐ Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger
- ☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist in der ambulanten Pflegeeinrichtung in Vollzeit
beschäftigt.

☐ Ja, seit dem _____ ☐ Nein

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin des ambulanten
Pflegedienstes.

☐ Ja ☐ Nein

4. Entsprechend § 71 Abs. 3 SGB XI wurde die praktische Berufserfahrung in dem erlernten
Pflegeberuf innerhalb der letzten 8 Jahre in folgender Einrichtung /folgenden Einrichtungen
erworben:

vom - bis:	Arbeitgeber:	beschäftigt als:	wö. Arbeitsstunden
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

5. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen)
2. psychosoziale und kommunikative Kompetenz
3. die Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation).

Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20% oder 150 Stunden in Präsenzphasen vermittelt worden sein.

Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

Eine den oben genannten Inhalten entsprechende Weiterbildungsmaßnahme bzw. der Abschluss eines entsprechenden Studiums liegt vor:

☐ Ja

☐ Nein

6. Die verantwortliche Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege ist gleichzeitig auch für eine weitere ambulante/stationäre Pflegeeinrichtung zuständig?

☐ Ja

☐ Nein

7. Diesen Punkt nur im Falle **eines Wechsels** der verantwortlichen Pflegefachkraft ausfüllen: Die bisherige verantwortliche Pflegefachkraft,

Name, Vorname: _____

hat die Funktion bis zum _____ (Datum) ausgeübt.

8. Bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft ist sichergestellt, dass eine Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der entsprechenden Qualifikation gewährleistet ist.

☐ Ja

☐ Nein

9. Die Tätigkeit als **stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft** wird ausgeübt von

Name, Vorname: _____

9a. Die Tätigkeit wird von der unter Punkt 9 genannten Person ab folgendem Zeitpunkt
übernommen: _____ (Datum).

10. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur
Führung der Berufsbezeichnung:

- ☐ Krankenschwester/ Krankenpfleger
- ☐ Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
- ☐ Altenpflegerin/ Altenpfleger
- ☐ Gesundheitspflegerin/ Gesundheitspfleger
- ☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

11. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes steht in
einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis.

- ☐ Ja, seit dem _____ wö. Arbeitszeit _____
- ☐ Nein

Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin des
Pflegedienstes

- ☐ Ja
- ☐ Nein

12. Diesen Punkt nur im Falle **eines Wechsels** der stellvertretenden Pflegefachkraft
ausfüllen: Die bisherige stellvertretende Pflegefachkraft,

Name, Vorname: _____

hat die Funktion bis zum (Datum) ausgeübt.

E. Leistungen

1. Vom Pflegedienst werden Leistungen

- ☐ der körperbezogene Pflegemaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und pflegerische Betreuungsmaßnahmen gemäß § 36 SGB XI
- ☐ der Behandlungspflege (§ 37 SGB V)
- ☐ der Pflegedienst erbringt Entlastungsleistungen nach § 45 b SGB XI. Hierbei handelt es sich um Leistungen im Sinne des §36 SGB XI, (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung). Die vereinbarten Preise für vergleichbare Sachleistungen werden hierbei nicht überschritten.

erbracht.

2. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Spezialisierung auf einen besonderen Personenkreis).

- ☐ Ja ☐ Nein

3. Der Pflegedienst richtet sich vornehmlich an folgende Personengruppe (Mehrfachnennung 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: _____

4. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten erbracht?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, mit wem? _____
für welche Leistungen? _____

Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen.

5. Der ambulante Pflegedienst hält eine pflegerische Konzeption vor.

- ☐ Ja ☐ Nein

6. Es wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt.

☐ Ja ☐ Nein

7. Es werden die Expertenstandards nach § 113 Abs. a SGB XI eingehalten.

☐ Ja ☐ Nein

8. Wird ein schriftlicher Pflegevertrag zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen aus dem Art, Inhalt, Umfang und die Vergütung der Leistung hervorgehen, abgeschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

F. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

1. Die Betriebskosten des Pflegedienstes werden durch Landkreis und/oder Kommune bezuschusst.

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt? _____

2. Die Betriebskosten des Pflegedienstes werden durch das Land bezuschusst.

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt? _____

G. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

1. Der Pflegedienst wurde bzw. wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert.

1.1 Durch das Land?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

_____ Euro

_____ Zeitraum

1.2 Durch die Kommune/den Landkreis?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

_____ Euro
_____ Zeitraum

1.3 Entgelt für Investitionsanteile

Dem Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

_____ Euro
_____ Zeitraum

II. Weitere Angaben

A. Allgemeine Angaben

1. Wird vom Träger des Pflegedienstes eine weitere Pflegeeinrichtung betrieben?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja (Name und Anschrift angeben),

Kurzzeitpflege in _____

Tagespflege in _____

Nachtpflege in _____

vollstationäre Pflege in _____

ambulante Pflegeeinrichtung _____

Betreutes Wohnen in _____

Hospiz in _____

Krankenhauseinrichtung in _____

Sonstige Einrichtungen in _____

B. Zusätzliche Leistungen

Der Pflegedienst erbringt weitere Leistungen:

Hausnotrufdienst ☐

Kurse für häusliche Pflege ☐

Essen auf Rädern ☐

Pflegehilfsmittelverleih ☐

Sonstige ☐ welche? _____

Die einzureichenden Unterlagen entnehmen Sie bitte der beigefügten Checkliste!

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §72 SGB XI i.V.m. §71 SGB XI erhoben und verarbeitet.

Damit wir unsere Aufgabe der Zulassungsprüfung zur Pflege rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.

Sollte für die Übermittlung der Daten die Einwilligung von Mitarbeitenden erforderlich sein, versichert der Vertragspartner / die Antragstellerin / der Antragsteller, dass diese erteilt ist.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Antrag

Bitten senden Sie Ihren Antrag
digital per PDF-Datei an die
folgende E-Mailadresse:

AmbPflegeHES_Zulassung@vdek.com