

Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen in Hessen für **ambulante Betreuungsdienste**

Die nachfolgend benannte Einrichtung mit Dienstsitz in Hessen beantragt die Zulassung zur Versorgung durch Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 71 Abs. 1a SGB XI
zum _____

1. allgemeine Angaben, Neuzulassung in Hessen

1.1 Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung	:	_____
Rechtsform:	:	_____
Straße	:	_____
Postfach	:	_____
PLZ / Ort	:	_____
Geschäftsführer/in	:	_____
Leiter/in	:	_____
 Tel.-Nr. / Telefax	:	 _____
E- Mail- Adresse	:	_____
Homepage	:	_____
IK-Kennzeichen	:	_____
Betriebsnummer	:	_____
Landkreis / kreisfreie Stadt	:	_____

Status	☐ öffentlich
	☐ freigemeinnützig
	☐ privat

2 Angaben zum Träger der Einrichtung

Träger der Einrichtung	:	_____
Straße	:	_____
Postfach	:	_____
PLZ / Ort	:	_____
Tel.-Nr. / Telefax	:	_____
E- Mail- Adresse	:	_____
Homepage	:	_____

1.3 Zugehörigkeit zu einer Trägervereinigung / einem Berufsverband

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche/welcher? _____

1.4 Weitere Einrichtungen des Trägers

Der Träger des Betreuungsdienstes betreibt eine/n weitere/n (Pflege-) Einrichtungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte nachfolgend auflühren.

Name der Einrichtung

Institutionskennzeichen

Beschreibung der weiteren Einrichtung

- ☐ ambulanter Betreuungsdienst
- ☐ ambulanter Pflegedienst/Sozialstation
- ☐ teilstationäre Pflegeeinrichtung
- ☐ sonstige Einrichtung (bitte näher beschreiben)

- ☐ Kurzzeitpflegeeinrichtung
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung

HINWEIS

Es ist sichergestellt, dass der hiesige Betreuungsdienst organisatorisch und wirtschaftlich eigenständig ist und selbständig geführt wird.

Sofern vom Träger mehrere Einrichtungen betrieben werden, sind diese in der Anlage 1 in der beschriebenen Form aufzuführen.

Achtung: Sämtliche Unterlagen sind im Original oder als beglaubigte Kopie vorzulegen. Ein Vertragsabschluss ist erst nach vollständigen Eingang sämtlicher Unterlagen und nur in die Zukunft möglich. Sofern Unterlagen fehlen oder Angaben unvollständig sind, kann dies zur Verzögerung der Zulassung führen.

2. Verantwortliche Pflegefachkraft / verantwortliche Fachkraft

2.1 Die Tätigkeit als

- ☐ verantwortliche Pflegefachkraft
☐ verantwortliche Fachkraft

wird ab dem Zeitpunkt der Zulassung ausgeübt von

Name, Vorname _____ , _____

2.2 Verantwortliche Pflegefachkraft

Die verantwortliche Pflegefachkraft des Betreuungsdienstes verfügt über die nachfolgend benannte abgeschlossene Fachausbildung aus dem Gesundheitsbereich (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen):

Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden* vor? *(ausgenommen Hochschulabsolvent/innen ,Pflegemanagement‘)

- ☐ Ja ☐ Nein

2.3 Verantwortliche Fachkraft

Die verantwortliche Fachkraft des Betreuungsdienstes verfügt über folgende berufliche Qualifikation (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen):

- ☐ abgeschlossene Fachausbildung insbesondere aus dem Sozialbereich
(z.B. Altherapeut, Heilerziehungspfleger)

- _____
☐ einschlägiger Hochschulabschluss:
(z.B. Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialtherapeuten)

Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden* vor?

- ☐ Ja ☐ Nein, wird bis zum _____ nachgeholt

HINWEIS

*Der Versorgungsvertrag endet ohne gesonderte Kündigung, wenn die Qualifikation für die leitende Fachkraft nicht zum Stichtag am 01.06.2021 vorliegt. Der Nachweis entfällt für Hochschulabsolventinnen/-absolventen.

2.4 Die verantwortliche Pflegefachkraft / verantwortliche Fachkraft hat den unter Punkt 2.2 bzw. 2.3 genannten Beruf innerhalb der letzten 8 Jahre in folgender Einrichtung /folgenden Einrichtungen ausgeübt (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen). Die Angaben sind chronologisch aufzuführen:

Beschäftigungs- zeitraum	Arbeitgeber	Beschäftigt als	Wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitszeit insgesamt
<i>Bsp. 01.03.2020 – 31.05.2020</i>	<i>Muster Pflegeeinrichtung</i>	<i>Kranken- schwester</i>	<i>40,00 Std.</i>	<i>= 13 Wochen = 520,00 Std.</i>

Gesamtstundenanzahl:

Sofern weitere Angaben erforderlich sind ist Anlage 2 auszufüllen

2.5 Die verantwortliche Pflegefachkraft / verantwortliche Fachkraft ist in dem ambulanten Betreuungsdienst in Vollzeit (mind. 38,5 Wochenstunden) beschäftigt.

☐ Ja, ab dem Datum der Zulassung ☐ Nein

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____Stunden.

2.6 Die verantwortliche Pflegefachkraft / verantwortliche Fachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin des ambulanten Betreuungsdienstes.

☐ Ja, Eigentümerin, ☐ Ja, Gesellschafterin ☐ Nein

2.7 Für die verantwortliche Pflegefachkraft / verantwortliche Fachkraft liegt ein ärztliches Gesundheitszeugnis vor (entsprechender Nachweis ist beizufügen).

☐ Ja ☐ Nein

2.8 Die benannte verantwortliche Pflegefachkraft / verantwortliche Fachkraft ist gleichzeitig auch für eine weitere ambulante/stationäre Pflegeeinrichtung zuständig?

☐ Ja ☐ Nein

2.9 Bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft / verantwortlichen Fachkraft ist sichergestellt, dass eine Vertretung durch eine stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / stellvertretende verantwortliche Fachkraft mit der entsprechenden Qualifikation gewährleistet ist?

☐ Ja ☐ Nein

3. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / stellvertretende verantwortliche Fachkraft

3.1 Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft / verantwortlichen Fachkraft ist ab dem Zeitpunkt der Zulassung durch die

- ☐ stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
- ☐ stellvertretende verantwortliche Fachkraft

Name, Vorname _____ , _____

3.2 Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft des Betreuungsdienstes verfügt über die nachfolgend benannte abgeschlossene Fachausbildung aus dem Gesundheitsbereich (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen):

3.3 Stellvertretende verantwortliche Fachkraft

Die stellvertretende verantwortliche Fachkraft des Betreuungsdienstes verfügt über folgende berufliche Qualifikation (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen):

☐ abgeschlossene Fachausbildung insbesondere aus dem Sozialbereich
(z.B. Altentherapeut, Heilerziehungspfleger)

☐ einschlägiger Hochschulabschluss:
(z.B. Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialtherapeuten)

3.4 Der Beschäftigungsumfang der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft / stellvertretenden verantwortlichen Fachkraft in dem ambulanten Betreuungsdienst beträgt mindestens 19,25 Stunden pro Woche?

☐ Ja ☐ Nein

3.5 Bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft / verantwortlichen Fachkraft ist sichergestellt, dass die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / stellvertretende verantwortliche Fachkraft ihren Beschäftigungsumfang kurzfristig auf 38,5 Stunden pro Woche aufstockt?

☐ Ja ☐ Nein

3.6 Der Beschäftigungsumfang der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft / stellvertretenden verantwortlichen Fachkraft in dem ambulanten Betreuungsdienst beträgt _____ Stunden pro Woche.

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / stellvertretende verantwortliche Fachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin des ambulanten Betreuungsdienstes.

☐ Ja, Eigentümerin, ☐ Ja, Gesellschafterin ☐ Nein

3.8 Für die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / stellvertretende verantwortliche Fachkraft liegt ein ärztliches Gesundheitszeugnis vor (entsprechender Nachweis ist beizufügen).

☐ Ja ☐ Nein

4. Einzugsbereich

4.1 Hinweis zum örtlichen Einzugsbereich:

HINWEIS

Der Einzugsbereich ist so zu definieren, dass eine orts- und bürgernahe sowie wirtschaftliche Versorgung innerhalb des Einzugsbereiches gewährleistet wird. Durch die Vermeidung langer Wege wird eine wohnortnahe Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt. Der vereinbarte Einzugsbereich muss ermöglichen, die anfallenden Aufträge in einer angemessenen Qualität auszuführen. Der Betreuungsdienst darf grundsätzlich (unabhängig von Art und Umfang der vom Pflegebedürftigen gewünschten Vertragsleistungen) innerhalb des vertraglich definierten örtlichen Einzugsbereiches die Versorgung eines Pflegebedürftigen im Rahmen seines Versorgungsauftrages nicht ablehnen. Eine Beschränkung auf die Versorgung pflegebedürftiger Personen bestimmter Pflegegrade ist unzulässig.

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Anmerkungen sollte der Einzugsbereich einen Radius von 15 Entfernungskilometern – ausgehend vom Betriebssitz des Betreuungsdienstes - nicht überschreiten

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

Gemeinden/Stadt/Stadtbezirke:

4.3 Die unter 4.2 aufgeführten Gemeinden/Stadt/Stadtbezirke liegen

☐ in der kreisfreien Stadt

☐ in dem Landkreis/Landkreisen

5. Grundsätzliche Angaben

5.1 Der Betreuungsdienst ist für Anspruchsberechtigte tagsüber (zwischen 8:00 und 18:00 Uhr) mindestens für sechs Stunden an Werktagen und mindestens an zwei Stunden an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erreichbar.

☐ Ja ☐ Nein

5.2 Tariftreue - Regelung

Den Beschäftigten des Betreuungsdienstes wird ab 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 Betreuungsdienst 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 Betreuungsdienst 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.

5.3 Der Betreuungsdienst verfügt über eine Betriebshaftpflichtversicherung sowie einer Berufshaftpflicht in ausreichender Höhe für Personen-, Sach- und Vermögensschäden?

- ☐ Ja (Nachweis ist beigefügt)
- ☐ Nein, wurde am _____ beantragt und wird unaufgefordert nachgereicht.
- ☐ Nein

5.4 Es besteht eine Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft?

- ☐ Ja (Nachweis ist beigelegt)
- ☐ Nein, wurde am _____ beantragt und wird unaufgefordert nachgereicht.
- ☐ Nein

5.5 Verfügt der Betreuungsdienst unter angegebenen Anschrift über eigene Geschäftsräume?

- ☐ Ja (Nachweis kann bei Bedarf angefordert werden)
- ☐ Nein, Mietvertrag wurde unterschrieben.
Die Räumlichkeiten werden zum _____ bezogen.
- ☐ Nein

5.6 Verfügt der Betreuungsdienst unter das in der *Richtlinie gem. § 112 a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste* geforderte einrichtungsinterne Konzept?*

- ☐ Ja ☐ Nein

HINWEIS

Das Konzept ist den Verbänden der Pflegekassen oder einzelnen Pflegekassen auf Anfrage jederzeit zur Verfügung zu stellen.

5.7 Der Träger des Betreuungsdienstes führt auf Basis seiner konzeptionellen Grundlage einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement gemäß den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI durch.

- ☐ Ja ☐ Nein

6. Kooperationen / Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern

6.1 Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Diensten/Einrichtungen erbracht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, mit wem (bitte Name und Institutionskennzeichen angeben)?

1. _____

für welche Leistungen? _____

2. _____

für welche Leistungen? _____

3. _____

für welche Leistungen? _____

HINWEIS

Die Kooperationsvereinbarung(en) ist (sind) den Verbänden der Pflegekassen oder einzelnen Pflegekassen auf Anfrage jederzeit zur Verfügung zu stellen.

7. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

7.1 Erfolgt eine Bezuschussung / Förderung der Betriebskosten des Betreuungsdienstes durch den Landkreis und/oder die Kommune?

☐ Ja ☐ Nein

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

7.3 Erfolgt eine Bezuschussung / Förderung der Betriebskosten des Betreuungsdienstes durch das Land Hessen?

☐ Ja ☐ Nein

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

DATENSCHUTZHINWEIS

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) e. V., Landesvertretung Hessen wurde durch die Verbände der Pflegekassen in Hessen mit der Zulassung der Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1a SGB XI beauftragt.
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.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage: <https://www.vdek.com/Service/datenschutz>

HINWEIS:

Während des laufenden Zulassungsverfahrens ist eine Abrechnung mit den Pflegekassen nicht möglich. Gleiches gilt für Erstattungen seitens der Pflegekassen an die Pflegebedürftigen. Eine abschließende Bearbeitung ist erst nach Vorlage aller aufgeführten Unterlagen möglich, zur Vereinfachung des Verfahrens ist eine Checkliste der beizubringenden Unterlagen beigefügt.

Die einzureichenden Unterlagen entnehmen Sie bitte der beigefügten Checkliste!

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift

**Verantwortliche Pflegefachkraft
bzw. verantwortliche Fachkraft
(NAME: _____)**

**Stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft
bzw. Stellv. verantwortliche Fachkraft
(NAME: _____)**

Originalantrag

bitte an folgende Adresse senden:

**Verband der Ersatzkassen (vdek) e. V.
Referat Pflege, ambulant
Walter-Kolb-Str. 9-11
60594 Frankfurt**

Anlagen

Anlage 1 – Angaben über weitere Einrichtungen

Anlage 2 – Nachweis der Berufserfahrung

Anlage 3 – Checkliste