

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ambulanter Betreuungsdienst | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst/Sozialstation | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> teilstationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> sonstige Einrichtung (bitte näher beschreiben) | |

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. Altentherapeut, 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 31.05.2021* nachgeholt

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 Den Beschäftigten des Betreuungsdienstes wird eine ortsübliche Arbeitsvergütung* gezahlt.

- Ja Nein

HINWEIS

*Ortsüblich im Sinne von § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI ist die Vergütung, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Pflegeeinrichtungen vor Ort üblicherweise gezahlt wird. Unter Ort ist regelmäßig die Stadt oder der Landkreis zu verstehen. Die ortsübliche Vergütung kann sich aus einem Tarifvertrag bzw. einer kircheneigenen Regelung ergeben, wenn das betreffende Regelwerk das Lohnniveau vor Ort prägt. In allen übrigen Fällen wird das allgemeine örtliche Lohnniveau in Anlehnung an die Durchschnittslöhne bestimmt.

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 beigefügt)
 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

Originalantrag

an folgende Adresse zu senden:

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

- Anlage 1 – Angaben über weitere Einrichtungen
- Anlage 2 – Nachweis der Berufserfahrung
- Anlage 3 – Checkliste