

**DIE VERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN IN NIEDERSACHSEN  
HANDELND FÜR DIE LANDESVERBÄNDE DER PFLEGEKASSEN**



**Gemeinsamer Strukturhebungsbogen der Verbände der  
gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen für ambulante Pflegeeinrich-  
tungen zum Abschluss eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI**

Die Zulassung wird beantragt zum \_\_\_\_\_  
(Eine rückwirkende Zulassung ist nicht möglich)

Neuzulassung

Ablösung des Bestandsschutzes durch einen Versorgungsvertrag

Trägerwechsel

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**1. Allgemeine Angaben**

1.1. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung		
Straße		
PLZ Ort		
Telefon	Telefax	E-Mail
Institutionskennzeichen (IK)	<i>Falls noch nicht vorhanden, bitte umgehend beantragen bei: Sammel- und Verteilungsstelle Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin (www.arge-ik.de). Das IK wird für die Abrechnung und den per Gesetz vorgeschriebenen Datenträgeraustausch benötigt.</i>	
Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes (Landkreis/ kreisfreie Stadt)		

1.2. Träger der Einrichtung

Name/ Firma		
Straße		
PLZ, Ort		
Geschäftsführer/in		
Telefon	Telefax	E-Mail

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen\*  
BKK Landesverband Mitte  
IKK classic\*

Knappschaft – Regionaldirektion Nord\*  
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse\*  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Niedersachsen\*\*

\* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

\*\* als gemeinsamer Bevollmächtigter gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 ff. SGB V i. V. m. § 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XI für die Ersatzkassen

Rechtsform des Trägers				
<input type="checkbox"/> Einzelfirma	<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/> e. V.	<input type="checkbox"/> Stiftung	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Status des Trägers		
<input type="checkbox"/> kommunal	<input type="checkbox"/> freigemeinnützig	<input type="checkbox"/> privat – gewerblich

Mitgliedschaft in einem Berufsverband	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar

Der Betreiber/ Träger der Einrichtung betreibt am selben Ort auch eine (ggf. weitere)			
ambulante Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
vollstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Platzzahl:
teilstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Platzzahl:
Kurzzeitpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Platzzahl:
Krankenhaus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Heim für Menschen mit Behinderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
sonstige Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

## 2. Angaben zur Struktur der Einrichtung

### 2.1. Wirtschaftliche Selbstständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbstständigkeit der Pflegeeinrichtung ab der Inbetriebnahme dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und -verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der ambulanten Pflege klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben der Pflegeeinrichtung abgegrenzt sind?

ja                       nein

### 2.2. Werden für den Pflegedienst eigene Büroräume vorgehalten?

ja                       nein

### 2.3. Pflegedienstleitung/ verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung ( § 71 Abs. 3 SGB XI; Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI )

2.3.1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung gegeben?

ja                       nein

	<b><u>Pflegedienstleitung/ verantwortliche Pflegefachkraft</u></b>	<b><u>Stellvertretung</u></b>
Name, Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift		
Berufsausbildung		
Wöchentliche Arbeitszeit		
Sozialversicherungs- pflichtig beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Weiterbildung (mind. 460 Stunden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### 2.3.2. Ausbildung der Pflegedienstleitung/ verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung

Für die Anerkennung als Pflegedienstleitung/ verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung ist der Abschluss einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder –pfleger, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder -pfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder -pfleger nach dem Altenpflegegesetz erforderlich. Soweit der Pflegedienst überwiegend behinderte Menschen betreut, werden die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft auch mit dem Abschluss einer Ausbildung als Heilerziehungspflegerin oder – pfleger bzw. als Heilerzieherin oder Heilerzieher erfüllt.

Legen Sie bitte das Original oder eine beglaubigte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (Berufsurkunde) vor.

### 2.3.3. Berufserfahrung der Pflegedienstleitung/ verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung

Die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung haben neben der o. g. Ausbildung eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre nachzuweisen.

Legen Sie bitte Nachweise über die Berufserfahrung wie z.B. Arbeitszeugnisse vor.

### 2.3.4. Weiterbildung der Pflegedienstleitung/ verantwortlichen Pflegefachkraft

Die Pflegedienstleitung/ verantwortliche Pflegefachkraft muss eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 erfolgreich durchgeführt haben.

Legen Sie bitte eine Kopie über den Abschluss der Weiterbildungsmaßnahme vor.



3.4. Der Pflegedienst wird Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar sein und Hilfe gewährleisten, ggf. in Kooperation mit anderen Pflegediensten.

ja  nein

3.5. Die Expertenstandards nach § 113a SGB XI werden angewandt?

ja  nein

#### 4. Allgemeine Angaben

4.1. Allen Beschäftigten, die überwiegend pflegerische Tätigkeiten in der Grundpflege nach dem Sozialgesetzbuch XI erbringen, werden Vergütungen mindestens in Höhe des Mindestentgelts entsprechend der Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche in der jeweils gültigen Fassung gezahlt.

ja  nein

4.2. Allen Beschäftigten in der Pflegeeinrichtung werden ortsübliche Vergütungen gezahlt.

ja  nein

4.3. Bestand bereits für eine Einrichtung in Ihrer Trägerschaft eine Zulassung im Rahmen des SGB V oder SGB XI?

ja Bundesland \_\_\_\_\_ Beendigungsgrund \_\_\_\_\_

nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt. Mit der Erfassung der Angaben bin ich einverstanden (§ 104 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anlage: einzureichende Unterlagen incl. Auflistung

## Anlage zum Strukturhebungsbogen

**Auflistung der einzureichenden Unterlagen** (Bitte ankreuzen, welche Unterlagen beigelegt sind)

### **1. Träger der Einrichtung**

Führungszeugnis des Inhabers bzw. Geschäftsführers

Ggf. Gesellschaftervertrag

Ggf. Auszug aus dem Handelsregister

### **2. Verantwortliche Pflegefachkraft**

Berufsurkunde (Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung)

als **beglaubigte Kopie**

Nachweis der praktischen Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von 2 Jahren innerhalb der letzten 8 Jahre (z.B. Zeugnisse früherer Arbeitgeber) in **Kopie**

Nachweis über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460

### **3. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

Berufsurkunde (Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung)

als **beglaubigte Kopie**

Nachweis der praktischen Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von 2 Jahren innerhalb der letzten 8 Jahre (z.B. Zeugnisse früherer Arbeitgeber) in **Kopie**

**4. Auszüge aus Arbeitsverträgen (Umfang der Beschäftigung/ Laufzeit)**

**zum Nachweis der personellen Mindestvoraussetzungen**

(rechnerisch 3 Vollzeitkräfte) **in Kopie**

**5. Pflegerische Konzeption**

**6. Darstellung des Qualitätsmanagements**

Soweit nicht bereits in der pflegerischen Konzeption enthalten

**7. Ggf. Kooperationsvereinbarung(en) in Kopie**

**8. Nachweis eigener Geschäftsräume (bspw. Mietvertrag)**

**9. Nachweis der Haftpflichtversicherung**

**10. Nachweis der Anmeldung bei der Berufsgenossenschaft**