

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



Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen
in Niedersachsen für Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1 a SGB XI zum
Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI

- Die Zulassung wird beantragt zum _____
(Eine rückwirkende Zulassung ist nicht möglich)
- Neuzulassung
- Trägerwechsel
- Sonstiges: _____
- Änderungsmitteilung aufgrund _____

1. Allgemeine Angaben

1.1 Angaben zum Betreuungsdienst

Name der Einrichtung:		
Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Ort:		
Telefon:		
Telefax:		
E-Mail:		
Internetauftritt:		
Institutionskennzeichen:		<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Örtlicher Einzugsbereich (Landkreis/kreisfreie Stadt)		

1.2 Angaben zum Träger

Name/Firma		
Geschäftsführer/in		
Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Ort:		
Telefon:		
Telefax:		
E-Mail:		
Status des Trägers:	<input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> privat-gewerblich	
Rechtsform:	<input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> e. V. <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> Sonstige: ____	

* 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

Besteht eine Mitgliedschaft in einem Verband?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welchem? :
---	--

1.3 Der Träger des Betreuungsdienstes betreibt am Ort oder im räumlichen Verbund eine/n weitere/n (Mehrfachnennungen möglich):

- ambulanten Betreuungsdienst
 - teilstationäre Pflegeeinrichtung Platzzahl:
 - Kurzzeitpflegeeinrichtung Platzzahl:
 - sonstige Einrichtung (z. B. Einrichtung für Menschen mit Behinderung, Krankenhaus, Reha-Einrichtung usw.) Wenn ja, bitte Namen und Anschriften der Einrichtungen angeben:
 - ambulante Pflegeeinrichtung
 - vollstationäre Pflegeeinrichtung Platzzahl:
 - Betreutes Wohnen
- _____

1.4 Wirtschaftliche Selbstständigkeit

Es ist sichergestellt, dass der Betreuungsdienst organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird. Der Betreuungsdienst gilt als wirtschaftlich selbständig, wenn für die im Versorgungsvertrag genannten Leistungen eine getrennte Rechnungslegung erfolgt und der entsprechende Leistungsbereich kostenmäßig abgegrenzt wird vom übrigen Angebot des Leistungserbringers.

- ja nein

2. Leistungen

Von dem Betreuungsdienst werden ausschließlich Leistungen der pflegerischen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung erbracht.

- ja nein

2.1 Der Betreuungsdienst ist zu folgenden Zeiten für seine Kunden/Kundinnen erreichbar (Der Betreuungsdienst muss tagsüber zwischen 8:00 und 18:00 Uhr eine Erreichbarkeit von mindestens sechs Stunden an Arbeitstagen und von mindestens zwei Stunden an Samstagen, Sonn- und Feiertagen gewährleisten.):

Wochentag	von	bis	erreichbar via (z. B. telefonisch)

2.2 Der Betreuungsdienst versorgt seine Kunden/Kundinnen vor Ort:

Wochentag	von	bis

2.3 Verfügt der Betreuungsdienst unter der in Ziffer 1.1 genannten Anschrift über eigene Geschäftsräume?

ja nein

Eine Kopie des Mietvertrages ist beigelegt.

ja nein

2.4 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

Die Gesamtkonzeption des Betreuungsdienstes ist beigelegt und darüber hinaus eine schriftliche Darstellung des Qualitätsmanagements (soweit dies nicht bereits aus der Konzeption hervorgeht)

ja nein

3. Ausstattung des Betreuungsdienstes

Ist die ständige Verantwortung durch eine qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft und ihre Stellvertretung gegeben?

ja nein

3.1 Verantwortliche Fachkraft

Vorname Name (ggf. Geburtsname):	
Geburtsdatum	
Wohnanschrift	

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

- abgeschlossene Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder Altenpflegerin/-pfleger
- abgeschlossene Fachausbildung insbesondere aus dem Gesundheits- und Sozialbereich: __
- einschlägiger Hochschulabschluss insbesondere aus dem Gesundheits- und Sozialbereich: __
- Sonstiges: __

3.1.2 Liegt der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden vor? (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen) (ausgenommen Hochschulabsolvent/innen)

ja nein, wird bis zum 31.05.2021 nachgeholt

Der Versorgungsvertrag endet ohne gesonderte Kündigung, wenn die Qualifikation für die leitende Fachkraft nicht zum Stichtag 01.06.2021 unaufgefordert den Landesverbänden der Pflegekassen vorgelegt wird.

3.1.3 Die verantwortliche Fachkraft hat den unter 3.1.1 genannten Beruf für mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten acht Jahre in folgenden Einrichtungen/Unternehmen ausgeübt (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen):

Einrichtung/Unternehmen	von	bis	Funktion

3.1.4 Die verantwortliche Fachkraft ist mit ____ Stunden/Woche (mindestens 30 Stunden/Woche) im Betreuungsdienst in ihrer Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Verhältnis beschäftigt.

ja nein

3.1.5 Die verantwortliche Fachkraft ist Inhaber/Inhaberin oder Gesellschafter/Gesellschafterin des ambulanten Betreuungsdienstes und deren Tätigkeitsschwerpunkte beziehen sich auf den ambulanten Betreuungsdienst.

ja nein

3.2 Bei Ausfall der verantwortlichen Fachkraft (z.B. Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) ist eine Vertretung durch eine Fachkraft sichergestellt.

Vorname Name (ggf. Geburtsname):	
Geburtsdatum	
Wohnanschrift	

3.2.1 Verfügt die Stellvertretung der verantwortlichen Fachkraft des Betreuungsdienstes über eine der folgenden beruflichen Qualifikationen (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen):

- abgeschlossene Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder Altenpflegerin/-pfleger
- abgeschlossene Fachausbildung insbesondere aus dem Gesundheits- und Sozialbereich: __
- einschlägiger Hochschulabschluss insbesondere aus dem Gesundheits- und Sozialbereich: __
- Sonstiges: __

3.2.2 Die stellvertretende Fachkraft hat den unter 3.2.1 genannten Beruf für mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten acht Jahre in folgenden Einrichtungen/Unternehmen ausgeübt (durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen):

Einrichtung/Unternehmen	von	bis	Funktion

3.2.3 Die Stellvertretung der verantwortlichen Fachkraft ist mit ____ Stunden/Woche (mindestens die Hälfte der tariflichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitkraft) in einem sozialversicherungspflichtigen Verhältnis im Betreuungsdienst beschäftigt.

3.3 Personelle Besetzung

3.3.1 Anzahl der geringfügig Beschäftigten: __

3.3.2 Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Vollzeitstellen : __

3.3.3 Personelle Besetzung (einschließlich der verantwortlichen Fachkraft und der Stellvertretung)

Name, Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	Wö. Arbeitszeit	Handzeichen

Ggf. die Liste in einer Anlage weiterführen.

3.3.4 Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Betreuungsleistungen erbringen, verfügen über eine Qualifikation analog der Betreuungskräfte-Richtlinie nach § 53 c SGB XI in der aktuell gültigen Fassung.

- ja nein
 Die Nachweise sind beigelegt.

4. Allgemeine Angaben

4.1 Aufwendungen für betriebsbedingte Investitionen

Den Kunden des Betreuungsdienstes sollen Aufwendungen für betriebsbedingte Investitionen berechnet werden.

- ja nein

Wenn ja: Die Höhe dieser Aufwendungen beträgt voraussichtlich ____ EURO pro Einsatz.

4.2 Allen Beschäftigten, die Leistungen der pflegerischen Betreuung 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

4.3 Allen Beschäftigten des Betreuungsdienstes werden ortsübliche Vergütungen gezahlt.

- ja nein

4.4 Organisatorische Voraussetzungen für die Beantragung eines Versorgungsvertrages

Es besteht eine Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft.

- Nachweis ist beigelegt

Es wurde eine ausreichende Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen.

- Nachweis ist beigelegt

Nachfolgende Änderungen werden dem jeweils zuständigen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich mitgeteilt:

- Änderung der Anschrift des Betreuungsdienstes
- Änderung der Rechtsform
- Wechsel der Mitarbeitenden (mit Qualifikationsnachweisen und Handzeichen)
- Wechsel der verantwortlichen Fachkraft (mit Qualifikationsnachweisen und Führungszeugnis)
- Änderung des Institutionskennzeichens
- Änderung der Aufwendungen für betriebsbedingte Investitionen
- Aufgabe des Geschäftsbetriebs

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 beigelegt.

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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Checkliste

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung bzw. Nachweis des Hochschulabschlusses (beglaubigte Kopie) der verantwortlichen Fachkraft sowie der stellvertretenden Fachkraft
- Nachweis über die Weiterbildungsmaßnahme (mindestens 460 Stunden) für leitende Funktionen der verantwortlichen Fachkraft (beglaubigte Kopie), bei Bedarf bis 31.05.2021 nachzuweisen
- Nachweis der praktischen Berufserfahrung (z. B. Arbeitszeugnisse) der verantwortlichen sowie der stellvertretenden Fachkraft
- Nachweis über die Qualifizierungsmaßnahme oder entsprechende Qualifikationsnachweise analog Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53 c SGB XI für alle Mitarbeitenden in der häuslichen Betreuung
- Aktueller Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis) für den Inhaber bzw. die Gesellschafter, den Geschäftsführer, die verantwortliche und die stellvertretende Fachkraft, nicht älter als sechs Monate
- (Auszug aus dem) Arbeitsvertrag zum Nachweis der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen und der stellvertretenden Fachkraft
- Mietvertrag über die gewerblich genutzten Flächen (Kopie)
- Bestätigung der Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft
- Nachweis einer ausreichenden Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Gesamtkonzeption des Betreuungsdienstes
- Darstellung des Qualitätsmanagements (Soweit nicht bereits in der Gesamtkonzeption enthalten)
- Kooperationsvereinbarungen
- ggf. Verhandlungs- und/oder Abschlussvollmacht
- ggf. Gesellschaftervertrag
- ggf. Auszug aus dem Handelsregister

Der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI ist nur möglich, wenn alle Unterlagen vollständig vorliegen.

Hinweise zum Antragsverfahren:

Das IK ist zu beantragen bei der

ARGE IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen
Im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
Alte Heerstr. 111
53757 St. Augustin
Telefon 030 13001-1340
Telefax: 030 13001-1350
(<https://www.dguv.de/arge-ik>).