

Gemeinsamer Strukturhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen

zur Beantragung eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI für ambulante Pflegeeinrichtungen

(Bitte leserlich ausfüllen!)

bei Neugründung oder Trägerwechsel

bei Änderung des bestehenden Versorgungsvertrages

1 Allgemeine Angaben

1.1 Name der Einrichtung: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Datum der Inbetriebnahme/
des Trägerwechsels/ der Änderung: _____

Geschäftsführer/-in: _____

verantwortliche Pflegefachkraft: _____

Tel.-Nr.: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Internetauftritt: _____

Institutionskennzeichen (IK):
(siehe Hinweise auf Seite 9)

qqq qqq qqq

Betriebsnummer:
(siehe Hinweise auf Seite 9)

qqq qqq qq

1.2 Kreis/kreisfreie Stadt: _____

1.3 Träger der Einrichtung: _____

Rechtsform: _____

Gesetzlicher Vertreter/Funktion: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Telefax: _____

Gesellschafter/Inhaber: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

- Trägerschaft: öffentlich
 freigemeinnützig
 privat

1.4 Gehört der Pflegedienst einer Vereinigung/einem Verband von Trägern von Pflegeeinrichtungen an?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte den Namen und die Anschrift der Vereinigung/des Verbandes angeben:

1.5 Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes:

1.6 Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort oder im räumlichen Verbund eine weitere

ambulante Pflegeeinrichtung Ja Nein

vollstationäre Pflegeeinrichtung Ja Nein

Kurzzeitpflegeeinrichtung Ja Nein

Betreutes Wohnen Ja Nein

sonstige Einrichtung Ja Nein

(z. B. Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderung, usw.)

Wenn ja, bitte die Namen und Anschriften der Pflegeeinrichtungen/sonstigen Einrichtungen angeben: _____

1.7 Ortsübliche Arbeitsvergütung (vgl. § 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI)

Die Vergütung **aller** Mitarbeiter erfolgt nach dem Tarif: _____

Sofern keine Tarifbindung besteht, bitte Angabe des Stundenlohnes:

| | | von | bis | Mittelwert |
|----------------------------------------|----------------------------|-----|-----|------------|
| 3-jährig exam. Mitarbeiter(innen) | Ø Stundenlohn ggf. von bis | | | |
| 1 u. 2-jährig exam. Mitarbeiter(innen) | Ø Stundenlohn ggf. von bis | | | |
| Betreuungskräfte | Ø Stundenlohn ggf. von bis | | | |
| andere Mitarbeiter(innen) | Ø Stundenlohn ggf. von bis | | | |

2 Leistungen

2.1 Von dem Pflegedienst werden folgende ambulante Leistungen erbracht:
(hierfür ist ggf. ein separater Antrag erforderlich)

Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

ambulante palliativpflegerische Versorgung

qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI)

Sonstiges: _____

2.2 Vom Pflegedienst werden folgende Personengruppen gepflegt und betreut:

chronisch/psychisch kranke Menschen

Körperbehinderte Menschen

Geistigbehinderte Menschen

Kinder und Jugendliche

2.3 Vom Pflegedienst werden besondere Gruppen von Pflegebedürftigen gepflegt und betreut:

Apalliker

Aids-Kranke

MS-Kranke

2.4 Ist der Pflegedienst für seine Pflegebedürftigen "Rund um die Uhr" erreichbar?

Ja Nein

Wenn ja, wie: _____

Versorgt der Pflegedienst Pflegebedürftige zu jeder Zeit, bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen und am Wochenende?

Ja Nein

2.5 Verfügt der Pflegedienst unter der in Ziffer 1.1 genannten Anschrift über eigene Geschäftsräume?

Ja Nein

2.6 Der Träger des Pflegedienstes verpflichtet sich, nach Maßgabe der Vereinbarung gemäß § 113 SGB XI einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 72 Abs. 3 SGB XI):

Ja Nein

2.7 Der Träger des Pflegedienstes verpflichtet sich, alle Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden.

Ja Nein

3 Ausstattung des Pflegedienstes

3.1 Verantwortliche Pflegefachkraft

Vorname, Name (ggf. Geburtsname): _____

3.1.1 Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung/staatliche Anerkennung als:

- Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin oder Altenpfleger
- Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherin oder Heilerzieher
(nach Landesrecht ausgebildet soweit der Pflegedienst überwiegend behinderte Menschen pflegt und betreut)

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3.1.2 Liegt der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden vor?

Ja Nein

3.1.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft hat den unter 3.1.1 genannten Beruf innerhalb der in § 71 Abs. 3 SGB XI genannten Rahmenfrist in folgenden Einrichtungen ausgeübt:

Vom _____ bis _____ Einrichtung: _____

Vom _____ bis _____ Einrichtung: _____

Vom _____ bis _____ Einrichtung: _____

3.1.4 Die verantwortliche Pflegefachkraft ist in ihrer Funktion mit _____ Stunden/Woche im Pflegedienst beschäftigt.

3.2 Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft:

Vorname, Name (ggf. Geburtsname): _____

3.2.1 Ist die ständige Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft gewährleistet?

Ja Nein

3.2.2 Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung/staatliche Anerkennung als:

- Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin oder Altenpfleger
- Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherin oder Heilerzieher
(nach Landesrecht ausgebildet soweit der Pflegedienst überwiegend behinderte Menschen pflegt und betreut)

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3.2.3 Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft ist in ihrer Funktion mit _____ Stunden/Woche im Pflegedienst beschäftigt.

3.3 Personelle Besetzung

3.3.1 Anzahl der geringfügig Beschäftigten _____

Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Vollzeitstellen* _____

3.3.2 Personelle Besetzung (einschließlich der verantwortlichen Pflegefachkraft)

| | Anzahl der Mitarbeiter(innen) | Anzahl der Mitarbeiter(innen) umgerechnet auf Vollzeitstellen* |
|------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Pflege- und Betreuungsbereich: | | |
| | | |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/innen | | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen | | |
| Krankenpflegerhelfer/innen | | |
| Altenpfleger/innen | | |
| Altenpflegehelfer/innen | | |
| Heilerziehungspfleger/innen | | |
| Heilerzieher/innen | | |
| Haus- und Familienpfleger/innen | | |
| Arzthelfer/innen /Medizinische Fachangestellte | | |
| | | |
| weitere Berufsgruppen, und zwar: | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Eine Vollzeitstelle entsprechend der jeweiligen tariflichen bzw. arbeitsvertraglichen Regelung je Woche.

3.3.3 Besteht ein schriftlicher Kooperationsvertrag zur (aushilfsweisen) Erbringung von Pflegeleistungen mit einer anderen Pflegeeinrichtung?

Ja Nein

Ja, wird angestrebt und zwar mit

3.4 Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

Den Pflegebedürftigen sollen zusätzlich Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen gemäß § 82 Abs. 3 SGB XI berechnet werden:

Ja Nein

Wenn ja: Die Höhe dieser Aufwendungen beträgt: _____ EURO.

3.5 Organisatorische Voraussetzungen

Die Aufnahme der Tätigkeit wurde bei der zuständigen Heimaufsicht angezeigt:

Ja Nein

Die Aufnahme der Tätigkeit wurde beim örtlichen Gesundheitsamt angezeigt:

Ja Nein

Es besteht eine Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft:

Ja Nein

Es wurde eine ausreichende Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen:

Ja Nein

4 Altenpflegeausbildungsumlage (s. Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung - AltPfiAusgIVO NRW) (siehe Hinweise auf Seite 9)

4.1 Nehmen Sie am Umlageverfahren nach der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung (AltPfiAusgIVO NRW) teil?

Ja Nein

Wünschen Sie die Refinanzierung der geleisteten Ausgleichsbeträge aus dem Umlageverfahren nach der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung (AltPfiAusgIVO NRW)?

Ja, ab dem _____ (Nachweis ist beigefügt)

Nein

5 Versorgungsvertrag

- 5.1 Sofern der Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) erbringt, ist sicher zu stellen, dass die Finanzierungskreise und -verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Betriebsbereich "Pflege" klar und eindeutig von den übrigen Betriebsbereichen abgegrenzt sind. D.h., dass es sich um eine wirtschaftlich selbstständig geführte Einrichtung handelt. (Trennung der Leistungen nach SGB V - häusliche Krankenpflege - und SGB XI - Pflegeleistungen -)
- Ist dies sichergestellt?

Ja, durch

Nein

Kostenstellenrechnung

eigene Haushaltsrechnung

eigenen Kontenplan

eigene Gewinn-/Verlustrechnung/Bilanz

- 5.2 Der Träger der Pflegeeinrichtung bietet die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung.

Ja

Nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Nachfolgende **Änderungen** werden dem federführenden Landesverband der Pflegekassen im Rahmen des Antragsverfahrens und während der Laufzeit des Vertrages unverzüglich mitgeteilt:

- Änderung der Anschrift des Pflegedienstes
- Änderung der Rechtsform des Pflegedienstes
- Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Wechsel der Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Änderung des Institutionskennzeichens
- Änderungen der Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen
- Aufgabe des Geschäftsbetriebes

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Nachstehende Unterlagen sind immer beizufügen:

- Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung/staatliche Anerkennung für die verantwortliche Pflegefachkraft (beglaubigte Kopie)
- Aktueller Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (Führungszeugnis) für die verantwortliche Pflegefachkraft und Stellvertretung, nicht älter als drei Monate (beglaubigte Kopie)
- Nachweis über die Weiterbildungsmaßnahme (mindestens 460 Stunden) für leitende Funktionen der verantwortlichen Pflegefachkraft (beglaubigte Kopie)
- Nachweis der praktischen Berufserfahrung (bitte z. B. Arbeitszeugnisse einreichen) für die verantwortliche Pflegefachkraft (beglaubigte Kopie)
- Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung/staatliche Anerkennung für die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (beglaubigte Kopie)
- Mietvertrag über die gewerblich genutzten Flächen (Kopie)
- Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei der zuständigen Heimaufsicht
- Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei dem örtlichen Gesundheitsamt
- Bestätigung der Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft
- Nachweis einer ausreichenden Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Bei Neuanträgen eine Kopie der aktuellen Pflegekonzeption
- Musterpflegevertrag
- ggf. Kooperationsvertrag

Hinweise zum Antragsverfahren:

- Das IK ist zu beantragen bei der

Sammel- und Verteilungsstelle IK (SVI) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen
Alte Heerstr. 111
53757 St. Augustin
Telefax: 02241-2311334

- Die Betriebsnummer ist zu beantragen beim

Betriebsnummern-Service der Bundesagentur für Arbeit
Eschberger Weg 68
66121 Saarbrücken
Tel.: 01801-664466
Email: betriebsnummernservice@arbeitsagentur.de

- Informationen zum Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Altenpflegefachkraftausbildung erhalten Sie bei der gemeinsamen Service-Hotline der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe: 0231 2224-3888
<https://pfad.mgepa.nrw.de>