



**C) Status des Trägers**

öffentlich

freigemeinnützig

privat

**D) Angaben zur Trägervereinigung**

**1. Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land?**

ja

nein

**2. Wenn ja, welche:** .....

**E) Einzugsbereich**

**Vorgesehener örtlicher Einzugsbereich**

**bei kreisfreien Städten:**

**Stadtbezirke:** .....

**bei Landkreisen:**

**Städte / Gemeinden:** .....

## **II. Angaben zur Struktur der Einrichtung**

### **A) Wirtschaftliche Selbstständigkeit**

Ist die wirtschaftliche Selbstständigkeit der Pflegeeinrichtung ab dem beabsichtigten Inkrafttreten des Versorgungsvertrages 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, und das Rechnungswesen entspricht den gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der ordnungsgemäßen Buchführung<sup>1</sup>?

ja

nein

### **B) Verantwortliche Pflegefachkräfte**

**1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft (PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Pflegedienstes gegeben?**

ja

nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

**2. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:**

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Altenpfleger/in

Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

***Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen.***

**3. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes übt diese Tätigkeit hauptberuflich in dem Pflegedienst aus:**

ja

nein

***Bitte entsprechenden Nachweis beifügen.***

**4. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes hat ihren unter 2. genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt:**

ja

nein

***Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen.***

---

<sup>1</sup> Bis zum In-Kraft-Treten der gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung gilt die Rechtsverordnung gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI.

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes ist im Besitz des Abschlusses einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll:

ja

nein

*Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis beifügen.*

6. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (stv. PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Pflegedienstes gewährleistet?

ja

nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

7. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Altenpfleger/in

Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

*Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen.*

8. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes übt diese Tätigkeit hauptberuflich in dem Pflegedienst aus:

ja

nein

*Bitte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen.*

9. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes hat ihren unter 7. genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt:

ja

nein

*Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen.*

10. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes ist im Besitz des Abschlusses einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll:

ja

nein

*Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis beifügen.*

### C) Leistungen

#### 1. Vom Pflegedienst werden Leistungen

- der Grundpflege
- der hauswirtschaftlichen Versorgung
- nach § 45 b SGB XI

erbracht.

#### 2. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis):

ja

nein

#### 3. Der Pflegedienst wird sich an besondere Personengruppen richten (Mehrfachnennung möglich):

- nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- nur pflegebedürftige Erwachsene
- pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen
- pflegebedürftige körperbehinderte Menschen
- pflegebedürftige geistig behinderte Menschen
- Apalliker
- AIDS-Kranke
- MS-Kranke
- Sonstige: .....

#### 4. Der Pflegedienst wird die Versorgung bei Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen sicherstellen. Der Pflegedienst muss mindestens montags bis freitags in der Zeit von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr ständig erreichbar (nicht Anrufbeantworter) sein. Außerhalb dieser Zeit muss die telefonische Erreichbarkeit des Pflegedienstes für die von ihm betreuten Pflegebedürftigen gewährleistet sein (ggf. in Kooperation mit anderen Pflegediensten):

ja

nein

#### 5. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten erbracht?

ja

nein

Wenn ja, mit wem? .....

Für welche Leistungen? .....

**Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen.**

### D) Öffentliche Förderung der Betriebskosten

Wurde die öffentliche Förderung der Betriebskosten des Pflegedienstes in Aussicht gestellt?

ja

nein

### E) Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

Wurden Fördermittel für das geplante Vorhaben in Aussicht gestellt?

ja

nein

### F) Entgelt für Investitionsanteile

Dem Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet:

ja

nein

## III. Weitere Angaben

### A) Allgemeine Angaben

Wird vom Träger der Einrichtung im Einzugsbereich des Pflegedienstes auch eine voll- und/oder teilstationäre Pflegeeinrichtung betrieben?

ja

nein

Wenn ja:

Kurzzeitpflege in .....

Tagespflege in.....

Nachtpflege in.....

vollstationäre Pflege in .....

### B) Zusätzliche Leistungen

Vom Pflegedienst bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

Hausnotrufdienst

Kurse für häusliche Pflege

Essen auf Rädern

sonstige  welche? .....

#### **IV. Allgemeines**

A) Bitte fügen Sie die pflegerische Konzeption<sup>2</sup>, nach der Sie Ihre Leistungen erbringen, schriftlich bei!

B) Wird ein schriftlicher Pflegevertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?

ja

nein

*Bitte Muster beifügen.*

C) Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?

ja

nein

Name des verwendeten Pflegedokumentationssystems: .....

*Sofern ein individuelles Pflegedokumentationssystem genutzt wird, bitte Muster beifügen.*

#### **V. Angaben zu weiteren Zulassungskriterien**

A) Zahlt der Träger eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an seine Beschäftigten?

ja

nein

Wird nach Tarif/AVR gezahlt?

ja

- nach welchem Tarif/AVR: .....

- gültig seit bzw. ab wann: .....

- Wo ist dieser veröffentlicht bzw. kann eingesehen werden?  
(Bitte Internetadresse angeben.) Sofern der Tarifvertrag nicht öffentlich einsehbar ist, bitten wir um Übersendung.

.....

nein

Angabe jährliches Arbeitnehmerbrutto (Bandbreite) ausgehend von einer Vollzeittätigkeit von 40 Wochenstunden:

- Pflegefachkraft von ..... € bis ..... €

- Pflegehilfskraft von ..... € bis ..... €

<sup>2</sup> gemäß der Orientierungshilfe zur Konzeptionsentwicklung für Pflegeeinrichtungen des Landespflegeausschusses des Freistaates Sachsen von 2018

**B) Wird einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement nach Maßgaben der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI eingeführt und weiterentwickelt?**

ja

nein

***Bitte fügen Sie ein terminlich untersetztes Konzept für das interne Qualitätsmanagement bei, sofern dies nicht Bestandteil der pflegerischen Konzeption ist.***

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Trägers  
(vertretungsberechtigte Person)