

Bitte in 1facher Ausfertigung an:

Verbände der Pflegekassen im Land Brandenburg
GB Pflege-Vertragsmanagement
Team Vertragsmanagement Pflege I
UB P/1/1/1
14456 Potsdam
zurücksenden.

Az.:

Bitte stets eintragen

Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen im Land Brandenburg für **ambulante Pflegeeinrichtungen** (Pflegesachleistung, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

I. Angaben zur Pflege durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

- Neuantrag
- Änderungsmitteilung ab

A. Allgemeine Angaben

- 1. Name der Einrichtung : _____
Straße : _____
Postfach : _____
PLZ / Ort : _____
Geschäftsführer/in : _____
Tel.-Nr. / Telefax : _____
IK-Kennzeichen : _____
Landkreis/kreisfreie Stadt : _____

- 2. Träger der Einrichtung : _____
Rechtsform : _____
Straße : _____
Postfach : _____
PLZ / Ort : _____
Tel.-Nr. / Telefax : _____
Status : _____
 - öffentlich
 - freigemeinnützig
 - privat

Gehört der Träger zur LIGA der Freien Wohlfahrtspflege bzw. ist er Mitglied in einem Verband privater Anbieter im Land Brandenburg?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher? _____

3. Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes

bei kreisfreien Städten:
Stadtbezirke _____

bei Landkreisen:
Gemeinden _____

B. Voraussetzungen nach § 71 SGB XI

1. Ist sichergestellt, dass die Einrichtung organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind?

Ja, ab _____

Nein

2. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft gegeben?

Ja, ab _____

Nein

Verantwortliche Pflegefachkraft:
Name, Vorname _____

Stellvertretende Pflegefachkraft:
Name, Vorname _____

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Krankenpfleger |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester/-pfleger | <input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester/-pfleger |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegerin/Altenpfleger | <input type="checkbox"/> Altenpflegerin/Altenpfleger |
- entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Sonstige: _____

Sonstige: _____

4. Die verantwortliche Pflegefachkraft übt die Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis mit dem Träger/Pflegedienst aus

Ja, wöchentl. Arb.-zeit ___ Stunden

Ja, wöchentl. Arb.-zeit ___ Stunden

Nein, weil _____

Nein, weil _____

C. Voraussetzungen nach § 113 SGB XI

1. Dem Pflegedienst sind die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 108/ vom 21.07.2011) bekannt.

Ja

Nein

2. Im Rahmen der Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden wird/hat die verantwortliche Pflegefachkraft an der Bildungseinrichtung:

die Ausbildung am _____ beginnen, voraussichtl. Abschluss am _____

die Ausbildung am _____ begonnen, voraussichtl. Abschluss am _____

die Ausbildung am _____ beendet.

D. Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (PBV)

Pflege-Buchführungsverordnung vom 22. November 1995 (BGBl. I S. 1528), zuletzt geändert durch Artikel 6 der Verordnung vom 9. Juni 2011 (BGBl. I S. 1041)

Der Pflegedienst

unterliegt den Rechnungs- und Buchführungspflichten der PBV und wendet diese an.

hat eine Befreiung von den Vorschriften der PBV für das Kalenderjahr _____ am _____ beantragt.

ist von den Vorschriften der PBV befreit und bestätigt die Erfüllung der Befreiungstatbestände für das Kalenderjahr _____.

Die Fortsetzung oder Veränderung der vorgenannten Angaben wird den Pflegekassenverbänden zeitnah angezeigt.

E. Personelle Besetzung des Pflegedienstes

Anzahl der Mitarbeiter

	Vollzeit	Teil zeit		geringfügig beschäftigt
		Zahl	Vollzeit- äquivalent	
Krankenschwester/-pfleger:				
Gesundheits- und KrankenpflegerIn:				
Kinderkrankenschwester/-pfleger:				
AltenpflegerIn:				
HeilerziehungspflegerIn:				
Sonstige Pflegeberufe: Haus-/Familienpflegerin, Krankenpflegehelferin, Altenpflegehelferin, Haus-/Familienpflegehelferin				
Auszubildende/Praktikanten: Auszubildende/Praktikanten, Schüler (Altenpflege, Heilerziehungspfleger, Krankenpfleger), Erzieher , Vorpraktikum Pflege und Hauswirtschaft, sonstige Auszubildende				
Hauswirtschaftliches Fachpersonal: Hauswirtschafterin, Fachhauswirtschafterin, Wirt- schafterin, Hauswirtschaftstechnische Helferin				
Verwaltungspersonal: Verwaltungsfachkräfte, Verwaltungskräfte, techni- sches Personal				
Sozialbetreuerische Berufe: Diakon, ErzieherIn, HeilpädagogIn, PädagogIn, PsychagogIn, PsychologIn, SonderpädagogIn, SozialarbeiterIn, SozialpädagogIn, SoziologIn, TheologIn				
Sonstige Berufe: Sonstige, Ärztin/Arzt, BeschäftigungstherapeutIn, KrankengymnastIn, LogopädIn, MasseurIn, Musik- therapeutIn, RhythmiklehrerIn, SportlehrerIn Hebammen/GeburtsshelferInnen				
Bundesfreiwilligendienstleistender:				
Ohne Ausbildung:				

F. Leistungen

1. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis).

Ja

Nein

2. Der Pflegedienst richtet sich an besondere Personengruppen (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: _____

3. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten/Dienstleistungsunternehmen erbracht?

Ja

Nein

Wenn ja, mit wem?

für welche Leistungen?

Bitte Kooperationsvertrag beifügen.

4. Welche pflegerische Konzeption liegt dem Pflegedienst zugrunde? (Bitte Pflege-Konzeption beifügen!)

5. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?

Ja

Nein

6. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Mustervertrag beifügen.

7. Der Pflegedienst ist Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar und gewährleistet Hilfe, ggf. in Kooperation mit anderen Pflegediensten

Ja

Nein

8. Der Pflegedienst verwendet den Leistungsnachweis entsprechend Anlage zum Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI

Ja

Nein

Wenn nein, bitte Muster beifügen.

G. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

1. Die Betriebskosten des Pflegedienstes werden durch Landkreis und/oder Kommune bezuschusst.

Ja

Nein

Falls ja, für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt?

2. Die Betriebskosten des Pflegedienstes werden durch das Land bezuschusst.

Ja

Nein

Falls ja, für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt?

H. Förderung von betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

(Angaben freigestellt)

1. Der Pflegedienst wurde bzw. wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert:

1.1 durch das Land

Ja

Nein

Falls ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

_____ EUR

_____ Zeitraum

1.2 durch die Kommunen/den Landkreis

Ja

Nein

Falls ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

_____ EUR

_____ Zeitraum

II. Weitere Angaben

A. Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern

1. Wird **häusliche Krankenpflege** nach dem SGB V aufgrund

- a) einer Vereinbarung mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht?

Ja, ab _____ Nein

Wenn ja, mit welchem/welchen?: _____

- b) einer Vereinbarung mit Sozialhilfeträgern erbracht?

Ja, ab _____ Nein

Wenn ja, mit welchem/welchen?: _____

- c) einer Vereinbarung mit sonstigen Sozialleistungsträgern erbracht?

Ja, ab _____ Nein

Wenn ja, mit welchem/welchen?: _____

2. Wird **ambulante Pflege** aufgrund

- a) einer Vereinbarung mit Sozialhilfeträgern nach §§ 68, 69 BSHG erbracht?

Ja, ab _____ Nein

Wenn ja, mit welchem/welchen?: _____

- b) einer Vereinbarung mit sonstigen Sozialleistungsträgern erbracht?

Ja, ab _____ Nein

Wenn ja, mit welchem/welchen?: _____

B. Angebotsspektrum des Trägers

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

Ja

Nein

Wenn ja,

Kurzzeitpflege (Name, Ort) _____

Tagespflege (Name, Ort) _____

Nachtpflege (Name, Ort) _____

vollstationäre Pflege (Name, Ort) _____

2. Wird vom Träger der Einrichtung Betreutes Wohnen angeboten?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Adresse angeben (Angaben freigestellt):

_____ PLZ

_____ Ort

_____ Straße

C. Zusätzliche Leistungen

Vom Pflegedienst bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

Leistungen:

Hausnotrufdienst

Kurse für häusliche Pflege

Essen auf Rädern

Pflegehilfsmittelverleih

Sonstige

welche? _____

D. Entgelte für Investitionsanteile

Dem Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet?

Ja

Nein

Wenn ja:

in Höhe von _____ EUR/Monat.

in Höhe von _____ % der monatlichen Sachleistung*.

* (Angaben freigestellt)

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift