

# Arbeitsgemeinschaft der Kranken - und Pflegekassenverbände in Baden-Württemberg

## Gemeinsamer Strukturhebungsbogen für eine ambulante Pflegeeinrichtung der Intensivpflege nach § 132I Abs. 5 SGB V i. V. m. § 72 SGB XI

**(Wir bitten zu beachten, dass eine Kostenübernahme vor Abschluss  
des Versorgungsvertrages nicht möglich ist.)**

Neuantrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gem. § 132I Abs. 5 SGB V.

Es besteht bereits ein Vertrag oder dieser ist beantragt nach:

- § 132a Abs. 4 SGB V zur Erbringung von Häuslicher Krankenpflege und/oder
- § 72 SGB XI zur Erbringung von pflegerischen Leistungen (verbindliche Angabe)

Der/die antragstellende Leistungserbringer/in bzw. der vertretungsberechtigten Person erklärt die nachfolgenden Voraussetzungen für den Vertrag gem. § 132I Abs. 5 SGB V zu erfüllen.

### Angaben zur Einrichtung

#### A. Allgemeine Angaben (verbindliche Angaben)

##### 1.) Zur Einrichtung (Pflegedienst)

Name der Einrichtung .....

.....

.....

Straße .....

Postfach .....

PLZ/Ort .....

Geschäftsführer/in .....

Tel.-Nr. ....

E-Mail .....

Institutionskennzeichen (IK) .....

(Kopie des Schreibens der ARGE IK bitte beifügen)

Landkreis/kreisfreie Stadt .....

Leistungserbringerverband .....

Rechtsform des Pflegedienstes .....

(Kopie Auszug Handelsregister/Vereinsregister etc. bitte beifügen)

Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden

- Gesundheitsamt (§ 35 IfSG)  Ja  Nein
- Finanzamt (Unbedenklichkeitsbescheinigung)  Ja  Nein
- Arbeitsamt (Sozialversicherungsanzeige)  Ja  Nein
- Berufsgenossenschaft  Ja  Nein
- Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung (Versicherungsschein)  Ja  Nein

(Kopien der Bestätigungen bitte jeweils beifügen)

Der ambulante Intensivpflegedienst (Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten, sowie von weder beatmeten noch trachealkanülierten Versicherten) wird folgende Klientel versorgen:

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr  Ja  Nein

und/oder

Erwachsene ab der Vollendung des 18. Lebensjahres  Ja  Nein

Beabsichtigter Beginn der Tätigkeit (Vertragsabschluss).....

(bzw. Datum der Umstrukturierung/ der Übernahme)

**2.) Zur/zum Träger/in**

Träger/in der Einrichtung .....

Rechtsform .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Tel.-Nr. ....

E-Mail .....

Status  öffentlich  
 freigemeinnützig  
 privat

3. Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes im Bundesland Baden-Württemberg (Ort mit PLZ)

.....  
.....  
.....  
.....

4. Besteht eine Tarifbindung/-Anlehnung oder werden die Arbeitnehmenden nach regional üblichem Entgelt entlohnt?

Tarifbindung an Tarifvertrag: .....

Tarifierlehnung an Tarifvertrag: .....

regional übliches Entgeltniveau

Eine Erfassung mit Angabe der notwendigen Daten ist gemäß Richtlinie nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI in der Daten Clearing Stelle (DCS) verpflichtend durchzuführen. Weitere Informationen erhalten Sie während des Antragsverfahrens.

5. Welches Pflegekonzept liegt für die Pflege und Behandlung von intensivpflegebedürftigen beatmeten und nichtbeatmeten Menschen vor? (bitte benennen und beifügen)

.....  
.....

## B. Verantwortliche Pflegefachkraft / stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (verbindliche Angaben)

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

Ja  Nein

Name, Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Lebenslange Beschäftigtennummer .....  
(LBNR – LBNR muss beantragt sein (Mindestangabe))

Adresse .....  
(freiwillige Angabe)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in Deutschland (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungsurkunde beifügen)

Ja  Nein

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- AltenpflegerIn

Liegt ein aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) vor (bitte Nachweis in Form einer Kopie beifügen)

Ja  Nein

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

4. Ist die verantwortliche Pflegefachkraft neben der Tätigkeit im ambulanten Pflegedienst noch zuständig/verantwortlich für eine Einrichtung der

Kurzzeitpflege  Ja, welche .....  
.....  
.....Plätze

Nein

vollstationäre/teilstationäre Pflege  Ja, welche .....  
.....  
.....Plätze

ambulante Tourenpflege  Nein  
 Ja, welche .....  
.....  
.....Plätze  
 Nein

wenn ja:

wöchentliche Arbeitszeit: .....

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden erfolgreich abgeschlossen (bitte Nachweis beifügen).

Ja  Nein

6. Die verantwortliche Pflegefachkraft kann eine zweijährige Berufserfahrung in der Intensivpflege innerhalb der letzten 5 Jahren nachweisen (bitte Nachweis beifügen).

Ja  Nein

7. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Fachweiterbildung für Intensivpflege (bitte Nachweis beifügen).

Atmungstherapeut  Ja  Nein  
im Bereich der akutklinischen Intensivpflege  Ja  Nein  
(Fachweiterbildung in der Akutklinik >2.000 Stunden)

Expertenkurs „außerklinische Intensivpflege“ mind. 200 Stunden  Ja  Nein

8. Wer vertritt die verantwortliche Pflegefachkraft bei deren Ausfall?

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Lebenslange Beschäftigtennummer .....  
(LBNR – LBNR muss beantragt sein (Mindestangabe))

Adresse .....  
(freiwillige Angabe)

9. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungsurkunde beifügen)

Ja  Nein

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- AltenpflegerIn

Liegt ein aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) vor (bitte Nachweis in Form einer Kopie beifügen)

Ja  Nein

10. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

11. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft kann eine zweijährige Berufserfahrung in der Intensivpflege innerhalb der letzten 5 Jahren nachweisen (bitte Nachweis beifügen).

Ja  Nein

12. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft hat eine Fachweiterbildung für Intensivpflege (bitte Nachweis beifügen).

Atmungstherapeut  Ja  Nein

im Bereich der akutstationären Intensivpflege  
(Fachweiterbildung in der Akutklinik >2.000 Stunden)  Ja  Nein

Expertenkurs „außerklinische Intensivpflege“ mind. 200 Stunden  Ja  Nein



Name, Vorname, Geburtsdatum	Lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR)	Pflegerische Grundqualifikation + Zusatzqualifikation	Stellenumfang (Wochen-Arbeitszeit)	beschäftigt seit/ab

**Auf Verlangen sind der Arbeitsgemeinschaft der Kranken - und Pflegekassenverbände in Baden-Württemberg die Qualifikationen der vorgenannten Pflegefachkräfte durch entsprechende Nachweise einzureichen**

Besteht jeweils ein Arbeitsvertrag mit den o. g. Pflegefachkräften?

Ja  Nein

Wenn nein, weshalb nicht (bspw. Leiharbeit):

.....  
.....



**D. Leistungen (Punkte 1 bis 3 informatorische Angaben, Punkte 4 bis 10 verbindliche Angaben)**

1. Ist eine regelmäßige Betreuung durch weitere Fachärzte (Pulmologen, Anästhesisten, Neurologen, HNO, Orthopäde, Hausarzt) sichergestellt?

Ja  Nein

Name und Anschrift der Ärzte

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Ist die regelmäßige Betreuung durch Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Schlucktherapeuten, Ernährungsberater sichergestellt?

Ja  Nein

Name und Anschrift:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Besteht eine Kooperation mit einer Rehabilitationsklinik (Phase B) oder -abteilung bzw. einer Weaningklinik?

Ja  Nein

Name des Arztes: .....

zuständige Reha-Klinik, Anschrift: .....

.....

Name des Arztes: .....

zuständige Weaningklinik, Anschrift: .....

.....

4. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten/Leistungserbringern erbracht?

Ja  Nein

Wenn ja, mit welchem?

.....

.....

.....

.....

für welche Leistungen?

.....

.....

.....

(Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen)

5. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?  
 Ja       Nein
6. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen (Leistungsbezug SGB XI) abgeschlossen?  
 Ja       Nein
7. Der Pflegedienst ist Tag und Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar und gewährleistet Hilfe, ggf. in Kooperation mit anderen zugelassenen Pflegediensten.  
 Ja       Nein

Wenn ja, wie (Rufnummer angeben):

.....  
.....

8. Der Pflegedienst ist verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement inkl. Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagement wurde bereits einrichtungsintern eingeführt.  
 Ja (bitte Konzept beifügen)  
 Nein
9. Werden die aktuellen Expertenstandards nach den gesetzlichen Vorgaben (§ 135a Abs. 1 SGB V) angewendet?  
 Ja       Nein
10. Ist sichergestellt, dass der Pflegedienst organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind.  
 Ja       Nein

## **E. Checkliste: Die nachstehenden Unterlagen/Nachweise werden für die Prüfung des Antrages benötigt:**

### **für die Geschäftsführung/-leitung**

- Unbedenklichkeitserklärung
- Aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate bei Antragsstellung)

### **für die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

- Aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate bei Antragsstellung)
- Kopie des Arbeitsvertrages
- Kopie der Examinierungsurkunde
- Kopie der Weiterbildungsnachweise für leitende Funktion mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden (nur verantwortliche Pflegefachkraft)
- Kopie der Fachweiterbildung in der Intensivpflege
- Nachweise über die berufspraktische Tätigkeit von 2 Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

### **für den Pflegedienst**

- Nachweis der Geschäftsräume in Baden-Württemberg
- Kopie des Schreibens ARGE IK
- Kopie Handelsregistereintrag / Vereinseintragung in Abhängigkeit der juristischen Person
- Meldebestätigung örtliches Gesundheitsamt
- Meldebestätigung örtliches Finanzamt
- Meldebestätigung örtliches Arbeitsamt
- Nachweis Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
- Pflegekonzept/Einrichtungskonzept
- Qualitätsmanagementkonzept
- Nachweis bzgl. der Einhaltung der bei der Daten-Clearing-Stelle (DCS) gemachten Angaben zur Tarif-treue i. V. m. den Regelungen des § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI
- Kooperationsvereinbarung mit anderen Leistungserbringern nach § 132I Abs. 5 SGB V

### **für etwaige vom Pflegedienst betriebenen Wohngemeinschaften (erwachsene Versicherte)**

- Angaben in der Anlage Wohngemeinschaften (ein Antrag pro Wohngemeinschaft)

Der/die antragstellenden Leistungserbringer/in bzw. die vertretungsberechtigte Person bestätigt, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht und alle erforderlichen Unterlagen in Farbe bzw. in hochauflösender Qualität beigelegt zu haben. Änderungen sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise mitzuteilen.

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Kranken- und Pflegekassenverbände nach § 284 Abs. 1 Satz 1 ff. SGB V und § 94 Abs. 1 ff SGB XI zum Zwecke der Beurteilung für den Antrag eines Versorgungsvertrages erhoben und verarbeitet. Das Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der notwendigen Prüfung führen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter anderem

<https://www.aok.de/pk/rechtliches/datenschutzrechte/> oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

**Hinweis für den/die antragstellenden Leistungserbringer/in bzw. die vertretungsberechtigte Person:**

**Die Bearbeitung des Antrages auf Abschluss des Versorgungsvertrages benötigt etwas Zeit. Erfahrungsgemäß sind ca. 6 bis 8 Wochen erforderlich. Wir bitten dies zu berücksichtigen, zumal der Versorgungsvertrag erst ausgefertigt werden kann, wenn alle Voraussetzungen vorliegen und auch nachgewiesen sind. Eine rückwirkende Vertragsausfertigung sowie eine rückwirkende Kostenübernahme sind leider nicht möglich.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der antragstellenden Leistungserbringers/in bzw. der vertretungsberechtigten Person

Dieser Strukturerhebungsbogen ist im Original vollständig ausgefüllt auf dem Postweg zu senden an:

AOK Baden-Württemberg  
GB 3.07 Verhandlungen und Verträge Care  
Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

Die Anlagen zum Strukturerhebungsbogen können neben dem Postweg auch an folgendes Postfach unter Nennung des „IK“ + „Zulassung ambulante Intensivpflege“ in der Betreffzeile gerichtet werden: [a99\\_3\\_07\\_zulassung\\_aki\\_bw@bw.aok.de](mailto:a99_3_07_zulassung_aki_bw@bw.aok.de)