

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen zum Antrag auf einen Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI

- für eine Einrichtung der Tagespflege
 für eine Einrichtung der Nachtpflege

**Achtung: Eine Kostenübernahme durch die Pflegekassen ist erst möglich,
wenn der Versorgungsvertrag vorliegt**

Angaben zur Einrichtung

A. Allgemeine Angaben

1. Name der Einrichtung
- Straße
- Postfach
- PLZ/Ort
- Geschäftsführer/in
- Tel.-Nr./Telefax
- Email-Adresse
- IK-Kennzeichen
- Landkreis/kreisfreie Stadt
- Regierungsbezirk
- Beginn der Tätigkeit
- (bzw. Datum der Umstrukturierung/ der Übernahme)

Einrichtungszweck

Im Vordergrund unserer Einrichtung steht die

- a) Pflege pflegebedürftiger Personen Ja Nein
- b) berufliche und soziale Eingliederung Ja Nein
- c) schulische Ausbildung Ja Nein
- d) Erziehung Behinderter Ja Nein

Wenn die Fragen a - d jeweils mit Nein beantwortet worden sind:
Welche im Vordergrund stehende Zweckbestimmung hat die Einrichtung dann ?

.....

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

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land? (z.B. Spitzenverband, Landesverband)

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

B. Verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung

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

- Ja Nein

Wenn ja:

Name, Vorname.....

Adresse
(freiwillige Angabe)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (Nachweis beifügen)

- Krankenschwester/ Krankenpfleger
 Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
 Altenpflegerin/ Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Sonstige:

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus.

Ja Nein

Wenn nein, warum?:

.....

.....

4. Ist die verantwortliche Pflegefachkraft neben der Tätigkeit im Tages-/ Nachtpflegebereich noch zuständig/ verantwortlich für eine Einrichtung der

ambulanten Pflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
vollstationären Pflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden besucht.

Ja Nein

Bitte Nachweis beifügen.

6. Wer vertritt die verantwortliche Pflegefachkraft bei deren Ausfall?

Name, Vorname.....

Adresse
(freiwillige Angabe)

6. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (Nachweis beifügen)

- Krankenschwester/ Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin/ Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Sonstige:

C. Personelle Besetzung in der Pflege

	Anzahl der Mitarbeiter		
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig Beschäftigte
I. Pflege- und Betreuungsbereich			
Krankenschwester/-pfleger			
Kinderkrankenschwester/-pfleger			
Altenpfleger/in			
Haus- und Familienpflegehelfer/in			
Krankenpflegehelfer/in			
Altenpflegehelfer/in			
Haus- und Familienpflegerin			
Dorfhelfer/in			
Familienbetreuer/in			
Heilerziehungspfleger/in			
Heilerzieher/in			
Hebammen/Geburtshelfer ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)			
II. Auszubildende			
Auszubildende und Praktikant/in			
Schüler/in der Altenpflege			
Schüler/in der Heilerziehungspflege			
Schüler/in der Krankenpflege			
Erzieher/in im Anerkennungspraktikum			
Vorpraktikant/in in der Pflege/Hauswirtschaft			
sonstige Auszubildende/Praktikant/innen			

*)Welche Ausbildung?

.....

Sonstige personelle Besetzung

	Anzahl der Mitarbeiter		geringfügig Beschäftigte
	Vollzeit	Teilzeit	
I. Hauswirtschaftsbereich			
Hauswirtschafter/in			
Fachhauswirtschafter/in			
Wirtschafter/in			
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in			
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)			
Okotrophologe/in			
ohne tätigkeitspezif. Ausbildung *)			
II. Verwaltung			
Verwaltungskräfte			
III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeits-/Ergotherapeutin			
Diakon/in			
Erzieher/in			
Heilpädagogin/in			
Krankengymnast/in			
Logopäde/in			
Masseur/in, Bademeister/in			
Musiktherapeut/in			
Pädagoge/in			
Psychagoge/in			
Psychologin/in			
Rhythmuslehrer/in			
Sonderpädagogin/in			
Sozialarbeiter/in			
Sozialpädagogin/in			
Soziologin/in			
Sportlehrer/in			
Theologin/in			
Sonstige			
IV. Zivildienstleistende			
Zivildienstleistende			
V. Haustechnischer Bereich			
technisches Personal			
Raumpfleger/in			
Küchenpersonal			

*) Welche Ausbildung

.....

D. Angaben zum Leistungsumfang

Allgemeine Angaben

1. Betreibt die Pflegeeinrichtung am Ort auch einen ambulanten Pflegedienst?

Ja Nein

2. Betreibt die Pflegeeinrichtung auch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung?

Ja Nein

3. Betreibt die Pflegeeinrichtung auch eine Kurzzeitpflegeeinrichtung?

Ja Nein

4. Welche pflegerische Konzeption liegt den Bereichen Tages- / Nachtpflege der Pflegeeinrichtung zugrunde? (Pflegekonzeption beifügen)

.....
.....

5. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?

Ja Nein

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

Ja Nein

Wenn ja, Mustervertrag beifügen

7. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagement wurde bereits einrichtungsintern eingeführt?

Ja, seit _____ (bitte Konzept beifügen)
(Datum der Einführung)

Noch nicht, jedoch geplant für _____
(Datum der Einführung)

Nein

8. Werden die Expertenstandards nach den gesetzlichen Vorgaben (§113a SGB XI) angewendet?

Ja Nein

9. Wird eine ortsübliche Arbeitsvergütung an die Beschäftigten der Pflegeeinrichtung bezahlt?

Ja Nein

Weitere Angaben zur Einrichtung

An welchen Tagen in der Woche ist geöffnet?

.....

.....

.....

Wie sind die Öffnungszeiten?

In der Tagespflege von Uhr bis Uhr

In der Nachtpflege von Uhr bis Uhr

Wie wird die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück sichergestellt, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt werden kann?

.....

.....

Räumliche Voraussetzungen

- a) Sind beschilderte, sicher zu erreichende und alten- und behindertengerechte Zugänge zu der Pflegeeinrichtung vorhanden?
- Ja Nein
- b) Besteht eine direkte Zufahrt für Fahrzeuge zur Patientenbeförderung?
- Ja Nein
- c) Wird eine alten- und behindertengerechte Ausstattung vorgehalten?
- Ja Nein
- d) Besteht ein angemessenes Raumangebot, einschl. Ruhe- und Gemeinschaftsräume, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können?
- Ja Nein

Nur für Tagespflegeeinrichtungen

- a) Besteht eine Bewegungsmöglichkeit im Freien?
- Ja Nein
- b) Besteht eine Möglichkeit zur Erbringung von Heilmitteln?
- Ja Nein

Bitte Grundriss beifügen

Ausstattung der Pflegeeinrichtung

a) Pflege- und Therapieräume

- besondere Räume für Tagesbetreuung
- besondere Räume für Einzeltherapie
 - Ergotherapie
 - Krankengymnastik
 - Logopädie

b) besondere Räume für weitere Aktivitäten

- Sport bzw. Gymnastik
- Badeabteilung
- Freisitz
- Garten

Wirtschaftliche Selbständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe der Pflege-Buchführungs-Verordnung sichergestellt?

- Ja Nein

Ist es sichergestellt, dass in Altenheimen oder Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die Tages- und Nachtpflegeeinrichtung organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind?

- Ja Nein

Platzzahl

a) Ganzjährig vorgehalten werden sollen Tagespflegeplätze
..... Nachtpflegeplätze

b) Davon werden vorgehalten

	Tagespflege	Nachtpflege
in Einbettzimmern Plätze
in Zweibettzimmern Plätze
in Mehrbettzimmern Plätze

Belegung und Leistung

In der Pflegeeinrichtung werden besondere Gruppen von Pflegebedürftigen aufgenommen (Mehrfachbenennungen 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: Welche.....

In die Pflegeeinrichtung werden bestimmte Pflegebedürftige nicht aufgenommen, und zwar

E. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden bezuschusst.

- Ja Nein

Falls ja, durch wen:

- Landkreis und/ oder Kommune**
- Land**
- sonstige Stellen**

für welche Leistungen

in welcher Höhe

für welchen Zeitraum

F. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

Wird die Pflegeeinrichtung hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert ?

- Ja Nein

Falls ja, durch wen

- durch das **Land**?
- durch die **Kommune/ den Landkreis**

in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

.....Euro

.....Zeitraum

Entgelt für Investitionsanteile

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

- Ja Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt:.....Euro

G. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit

Sonderleistungen

Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen hinaus ist geplant, zusätzliche Leistungen anzubieten

Ja

Nein

a) Zusätzliche betreuende Leistungen

Leistung

Entgelt

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

b) Werden von der Pflegeeinrichtung weitere Leistungen angeboten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Leistungen?

Leistungen

Entgelt

Hausnotrufdienst

..... Euro

Kurse für häusliche Pflege

..... Euro

Essen auf Rädern

..... Euro

Pflegehilfsmittelverleih

..... Euro

Sonstige

..... Euro

I. Weitere Unterlagen/ Nachweise

Darüber hinaus werden die nachstehenden Unterlagen/ Nachweise für die Prüfung Ihres Antrages benötigt.

für den Geschäftsführer/ Leiter

- Unbedenklichkeitserklärung

für die verantwortliche Pflegefachkraft

- Nachweise über die berufspraktische Tätigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung (Zeugnisse) nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Nachweis einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden
- Führungszeugnis (nicht älter als 6 Monate)
- Gesundheitszeugnis (nicht älter als 6 Monate)

für die Einrichtung

- Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
- Meldung beim Gesundheitsamt
- Meldung beim Finanzamt (soweit nicht freigemeinnützig)
- Pflegesatzantrag

Hinweis für den Antragsteller:

Die Bearbeitung des Antrages auf Abschluss des Versorgungsvertrages für den teilstat. Bereich benötigt etwas Zeit. Erfahrungsgemäß sind ca. 6 – 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 ist leider nicht möglich.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift