

# Gemeinsamer Strukturhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen im Lande Bremen

## für ambulante Pflegeeinrichtungen

(Pflegesachleistungen, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,  
Pflegeeinsatz nach § 37 Absatz 3 SGB XI)

### 1 Allgemeine Angaben

#### 1.1 Antragsart

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt die Zulassung zur Versorgung durch Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI. Die Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung ist für Monat .....20..... vorgesehen.

Ein Trägerwechsel/Sonstige Änderung ist erfolgt/vorgesehen zum.....200....

#### 1.2 Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort : \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer/in : \_\_\_\_\_  
Verantwortliche Pflegefachkraft : \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. / Telefax : \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse : \_\_\_\_\_  
IK-Kennzeichen : \_\_\_\_\_  
Einzugsbereich : \_\_\_\_\_

#### 1.3 Angaben zum Träger der Einrichtung

Träger der Einrichtung : \_\_\_\_\_  
Rechtsform : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort : \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./Telefax : \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse : \_\_\_\_\_

#### 1.4 Status des Trägers

öffentlich

freigemeinnützig

privat

#### 1.5 Angaben zur Trägervereinigung

Verbandszugehörigkeit:  AWO  Caritas  DPWV  DRK  
 Diakonie  bpa  Sonstige \_\_\_\_\_

#### 1.6 Weitere Einrichtungen des Trägers

a) Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch eine

Vollstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
teilstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kurzzeitpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Einrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

b) Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch eine

Vollstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	..... Plätze	<input type="checkbox"/> Nein
teilstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	..... Plätze	<input type="checkbox"/> Nein
Kurzzeitpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	..... Plätze	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Einrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	..... Plätze	<input type="checkbox"/> Nein

c) Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt/betrieb eine Pflegeeinrichtung in einem anderen Bundesland:

Ja  Nein

Wenn ja, besteht/bestand ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI:

ab: .....

bis: .....

Wenn ja, in welchem Bundesland: \_\_\_\_\_

Vollstationäre Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

teilstationäre Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

<u>Ambulante Pflegeeinrichtung</u>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Institutionskennzeichen:	<hr/>	
<u>Sonstige Einrichtung</u>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## 2. Angaben zur Struktur der Einrichtung

### 2.1 Wirtschaftliche Selbständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit 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 im Rahmen der doppelten kaufmännischen Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsätzen organisiert wird?

Ja  Nein

### 2.2 Pflegefachkraft vgl. § 71 Abs. 3 SGB XI u. Gemeinsame Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI

a) Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft ab Vertragsabschluss gegeben?

Ja  Nein

Wenn ja,

	Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL):	Stellvertretung:
Name, Vorname	.....	.....
Straße	.....	.....
PLZ/Ort	.....	.....

b) Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung und die Stellvertretung besitzen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

PDL:      Stellvertretung:

      Krankenschwester / Krankenpfleger

- Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger  
  Altenpflegerin / Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

**Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen!**

- c) Die verantwortlichen Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung üben diese Tätigkeit hauptberuflich in einem sozialversicherungspflichtigem Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus.

Ja  Nein

- d) Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt die praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von 2 Jahren innerhalb der letzten 5 Jahre.

PDL:  Ja  Nein

ggf. Stellvertretung:  Ja  Nein

**Bitte Nachweise beifügen!**

- e) Die verantwortliche Pflegefachkraft besitzt den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden oder den Abschluss einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität.

PDL:  Ja  Nein

ggf. Stellvertretung:  Ja  Nein

**3. Kooperationsbeziehungen**

Werden Leistungen in Kooperation mit anderen zugelassenen Pflegediensten erbracht?

Ja  Nein

Wenn ja, mit wem?

---

Für welche Leistungen?

---

Nachweise: Kooperationsvereinbarungen siehe Anlage

**4. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit**

## 4.1 Leistungen

a) Vom Pflegedienst werden Leistungen der

Grundpflege

hauswirtschaftlichen Versorgung

Behandlungspflege nach § 37 SGB V erbracht

Der Pflegedienst ist Tag und Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar und gewährleistet Hilfen, ggf. in Kooperation mit anderen Pflegediensten (Angaben gem. Ziffer 3.)

Ja

Nein

b) Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Eingrenzung auf eine spezielle Personengruppe)

Ja

Nein

c) 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

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

---

---

e) Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?

Ja

Nein

f) Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Mustervertrag beifügen:

g) Qualitätsmanagement

Das Konzept zur Einführung und Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist beizufügen.

#### 4.2 Zusätzliche Leistungen

Vom Pflegedienst bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten:

Leistungen:		bzw. vermittelt über:
Hausnotrufdienst	<input type="checkbox"/>	_____
Kurse für häusliche Pflege	<input type="checkbox"/>	_____
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>	_____
Pflegehilfsmittelverleih	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Leistungen:	_____	

#### 4.3 Projektförderung gemäß §§ 9 und 20 des BremAGpflegeVG

a) Ist eine Projektförderung beantragt bzw. geplant?

Ja  Nein

Falls ja, für welches Projekt, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wurde/wird diese Förderung beantragt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Ist die Projektförderung bereits bewilligt?

Ja  Nein

Für welche Leistungen, in welcher Höhe, für welchen Zeitraum und durch wen wird diese Förderung gewährt?

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

c) Beteiligung der Pflegebedürftigen am Investitionsaufwand

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

Ja  Nein

Wenn ja, beträgt die Höhe dieser Aufwendungen:

je Pflegebedürftigen / Tag .....€.

## 5. Personelle Besetzung

### a) Personelle Besetzung in der Pflege im Sinne der Pflegeversicherung

	Vollzeitkräfte	Teilzeitkräfte	Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollzeitkräfte	geringfügig beschäftigte Kräfte
<b>I. Pflege- und Betreuungsbereich</b>	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
verantwortliche Pflegefachkraft				
Stellvertretung				
Krankenschwester/-pfleger				
Kinderkrankenschwester/-pfleger				
Altenpfleger/in				
Krankenpflegehelfer/in				
Altenpflegehelfer/in				
Haus- und Familienfleger/in				
Dorfhelferin				
Familienbetreuer/in				
Heilerziehungspfleger/in				
Sonstige 1)				
<b>II. Auszubildende</b>	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
Auszubildende				
Praktikant/in				
Schüler/in der Krankenpflege				
Schüler/in der Heilerziehungspflege				
Erzieher im Anerkennungsjahr				
Vorpraktikant(in in der Pflege/Hauswirtschaft				
Sonstige 1)				

1) welche Ausbildung ? \_\_\_\_\_

### b) Sonstige personelle Besetzung

	Vollzeitkräfte	Teilzeitkräfte	Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollzeitkräfte	geringfügig beschäftigte Kräfte
<b>I. Hauswirtschaftsbereich</b>	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
Hauswirtschaftler/in				
Fachhauswirtschaftler/in				
Wirtschaftler/in				
Hauswirtschaftl. Helfer/in				

Hauswirtschaftl. Betriebsleiter/in				
Ökotoptologe/in				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung				

<b>II. Verwaltung</b>	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX
Verwaltungsfachkräfte				
Verwaltungskräfte				

<b>III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst</b>	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX
Ärztin/Arzt				
Beschäftigung-/Arbeits-/Ergotherapeut/in				
Diakon/in				
Erzieher/in				
Heilpädagoge/in				
Krankengymnast/in				
Logopäde/in				
Masseur, med. Bademeister				
Musiktherapeut/in				
Pädagoge/in				
Psychologe/in				
Rhythmiklehrer/in				
Sonderpädagoge/in				
Sozialarbeiter/in				
Sozialpädagoge/in				
Soziologe/in				
Sportlehrer				
Theologe/in				
Sonstige				

<b>IV. Zivildienstleistende</b>	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX

<b>V. haustechnischer Bereich</b>	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX
technisches Personal				
Raumpflegerin				
Küchenpersonal				

Mir/uns ist bekannt, dass der Strukturhebungsbogen bei Vertragsabschluss Bestandteil des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI wird und Änderungen unverzüglich schriftlich angezeigt werden müssen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel/Unterschrift