

Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

Der Landesverbände der Pflegekassen für **ambulante Pflegeeinrichtungen**¹
(Pflegetascheleistung, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

I. Angaben zum Versorgungsvertrag

A. Allgemeine Angaben

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Name der Einrichtung | |
| | Straße | |
| | PLZ/Ort | |
| | Federführender Landesverband der Pflegekassen | |
| | Geschäftsführerin/Geschäftsführer/Inhaber (Name, Vorname, Geb.datum) | |
| | Telefon | |
| | Telefax | |
| | E-Mail | |
| | Homepage | |
| | Verantwortliche Pflegefachkraft (Name, Vorname, Geb.datum) | |
| | Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (Name, Vorname, Geb.datum) | |
| | Institutskennzeichen (IK) | |
| | gepl. Versorgungsbeginn ab Datum/APU ab Datum | |
| 2. | Träger der Einrichtung | |
| | Rechtsform | |
| | Straße/Postfach | |
| | PLZ/Ort | |
| | Telefon | |
| | Telefax | |
| | E-Mail | |

¹ Die nachfolgenden Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung des Ist-Bestandes im Rahmen der Zulassungsprüfung und sind nicht Gegenstand des Personalbedarfs und der Vergütung

| | | |
|----|--|--|
| | Homepage | |
| | Status | <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> privat-gewerblich |
| | Mitglied einer Vereinigung von Trägern von Pflegediensten im Land | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, in welcher? | |
| | Ist die Einrichtung tarifgebunden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welcher Tarif? | |
| | Wenn nein, wendet die Einrichtung einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsvertragsrichtlinien an bzw. orientiert sich an diesen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welche/r | |
| | Wenn nein, vergütet die Einrichtung ihre Beschäftigten in der Pflege und Betreuung nach dem für Hamburg regional üblichen Entgeltniveau? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | | |
| 3. | Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes (Bezirke der FHH)* | |

*nachrichtlich für Preisvergleichsliste

B. Weitere Einrichtungen des Trägers

Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt
weitere Einrichtungen

im räumlichen
Verbund in Hamburg
weitere Einrichtungen

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| Tages-/Nachtpflege | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| vollstationäre Einrichtung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kurzzeitpflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> in der Form der eingestreuten Betten | |
| | <input type="checkbox"/> als räumliche abgegrenzte Abteilung | |
| | <input type="checkbox"/> als solitäre Einrichtung | |
| Krankenhauseinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Einrichtung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn ja, welche: _____

C. Weitere Angaben

- Anzeigepflicht nach dem Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG)
 - Die Einrichtung hat die Aufnahme des Betriebes bei der zuständigen Wohn-Pflege-Aufsicht angezeigt Ja Nein
Wenn ja, bitte Meldebestätigung der Wohn-Pflege-Aufsicht beifügen.
- Nachweis über die ausreichende Berufs-/Betriebshaftpflichtversicherung (über Sach-, Personen- und Vermögensschäden) bitte beifügen.
- Muster- Pflege- und Betreuungsvertrag bitte beifügen.

D. **Versorgungsvertrag**

1. **Wirtschaftliche Selbständigkeit**

Die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung (im Sinne des § 71 Absatz 1 SGB XI) ist ab Aufnahme des Einrichtungsbetriebes 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. Das Rechnungswesen im Rahmen der doppelten kaufmännischen Buchführung ist nach handelsrechtlichen Grundsätzen entsprechend den Vorschriften der Pflege-Buchführungsverordnung organisiert.

2. **Fachliche Leitung**

a) **Verantwortliche Pflegefachkraft**

Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft gegeben?

Ja Nein

Name, Vorname _____

Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger²

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger³

Pflegefachfrau/Pflegefachmann

Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

⇒ Beglaubigte Examensurkunde bitte beifügen.

⇒ Nachweis über die Berufstätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre bitte beifügen.

⇒ Beglaubigte Kopie eines aktuellen (nicht älter als 3 Monate) polizeilichen Führungszeugnisses bitte beifügen.

² oder Krankenschwester/Krankenpfleger

³ oder Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger

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

Ja Nein

Vereinbarte regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit: _____

Die erforderliche Leitungsbildung entsprechend der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze zur Qualitätssicherung wurde absolviert oder es liegt der Abschluss eines Studiums im Pflegemanagement an eine Fachhochschule oder Universität vor?

Ja Bitte Nachweis beifügen

b) Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft

Ist die ständige Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft durch eine ausgebildete Pflegefachkraft gegeben?

Ja Nein

Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger⁴

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger⁵

Pflegefachfrau/Pflegefachmann

Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

⇒ Beglaubigte Examensurkunde bitte beifügen.

Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit im Hauptberuf in dem Pflegedienst aus.

Ja Nein

⁴ oder Krankenschwester/Krankenpfleger

⁵ oder Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger

Vereinbarte regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit: _____

E. Personelle Besetzung

1. Personelle Besetzung in der Grundpflege und häuslichen Betreuung

| | Vollzeit | Teilzeit | Teilzeitkräfte Umgerechnet in Vollkräfte | Geringfügig Beschäftigt |
|---|----------|----------|--|----------------------------|
| Staatlich anerkannte Altenpflegerin/ staatlich anerkannter Altenpfleger | | | | |
| Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger Krankenschwester/Krankenpfleger Pflegefachfrau/Pflegefachmann | | | | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger | | | | |
| Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer | | | | |
| Gesundheits- und Pflegeassistentin/ Gesundheits- und Pflegeassistent ⁶ | | | | |
| Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer | | | | |
| Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger, Heilerzieherin/Heilerzieher | | | | |
| Heilpädagogin/Heilpädagoge | | | | |
| Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe | | | | |
| Haus- und Familienpflegerin/ Haus- und Familienpfleger mit staatlichem Abschluss | | | | |
| Haus- und Familienpflegehelferin/ Haus und Familienpflegehelfer mit staatl. Abschluss | | | | |
| Dorfhelferin/Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss | | | | |
| Sonstiger pflegerischer Beruf | | | | |
| Sonstiger Berufsabschluss | | | | |
| ohne tätigkeitsspezifische Ausbildung | | | | |

⁶ gemäß HmbGVBl. S. 143 vom 17. April 2007

2. Auszubildende in der Pflege und häuslichen Betreuung

| | Vollzeit | Teilzeit | Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollkräfte | Geringfügig Beschäftigt |
|---|----------|----------|--|----------------------------|
| Auszubildende und Praktikantinnen/Praktikanten | | | | |
| davon: | | | | |
| Schülerin/Schüler der Altenpflege | | | | |
| Schülerin/Schüler der Heilerziehungspflege | | | | |
| Schülerin/Schüler der Krankenpflege | | | | |
| Schülerin/Schüler der Gesundheits- und Pflegeassistenz | | | | |
| Erzieherin/Erzieher Anerkennungspraktikum | | | | |
| Vorpraktikantin/Vorpraktikant in der Pflege/Hauswirtschaft | | | | |

3. Sonstige personelle Besetzung

a) Hauswirtschaft

| | Vollzeit | Teilzeit | Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollkräfte | Geringfügig Beschäftigt |
|--|----------|----------|--|----------------------------|
| Hauswirtschafterin/Hauswirtschafter | | | | |
| Hauswirtschaftstechnische Helferin/ Hauswirtschaftstechnischer Helfer | | | | |
| Ökotrophologin/Ökotrophologe | | | | |
| Raumpflegerin/Raumpfleger | | | | |
| Ohne tätigkeitspezif. Ausbildung *) | | | | |

*) Welche Ausbildung? _____

b) Verwaltung

| | Vollzeit | Teilzeit | Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollkräfte | Geringfügig Beschäftigt |
|-----------------------|----------|----------|--|----------------------------|
| Verwaltungsfachkräfte | | | | |
| Verwaltungskräfte | | | | |

c) Freiwilligendienst

| | Vollzeit | Teilzeit | Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollkräfte | Geringfügig Beschäftigt |
|----------------------------|----------|----------|--|----------------------------|
| Bundesfreiwilligendienst | | | | |
| Freiwilliges Soziales Jahr | | | | |

F. Leistungen

1. Vom Pflegedienst werden folgende Leistungen erbracht:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen
- Hilfen bei der Haushaltsführung
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- Behandlungspflege (§ 37 SGB V)

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

- Ja Nein

Bei ja: ausgenommen sind folgende Personengruppen:

Bei nein ist mindestens die Nennung einer besonderen Personengruppe unter 3. notwendig

3. 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
- Pflegebedürftige im Wach-Koma
- außerklinisch Intensivpflegebedürftige
- Sonstige: _____

4. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten erbracht?

Ja

Nein

Wenn ja, mit wem?

Welche Leistungen?

(Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen!)

5. Welche pflegerische Konzeption liegt der Tätigkeit des Pflegedienstes zugrunde?
(Bitte Pflegekonzeption beifügen!)

6. Wird eine Pflegedokumentation (ggf. in Teilen) beim Pflegebedürftigen geführt oder wird im Falle der elektronischen Dokumentation diese dem Pflegebedürftigen auf Wunsch zur Verfügung gestellt?

Ja

Nein

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

8. Der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, nach Maßgabe der Vereinbarung gemäß § 113 SGB XI einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 72 Absatz 3 Nr. 3 SGB XI).

9. Der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, alle Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden.

G. Zusätzliche Leistungen

Vom Pflegedienst bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

Leistungen:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------|
| Hausnotrufdienst | <input type="checkbox"/> | |
| Kurse für häusliche Pflege | <input type="checkbox"/> | |
| Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> | |
| Pflegehilfsmittelverleih | <input type="checkbox"/> | |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> | welche? _____ |

H. Entgelt für Investitionsanteile

Dem Pflegebedürftigen werden künftig Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

- Ja Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt _____ EUR.

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben im Gemeinsamen Strukturerhebungsbogen wird bestätigt.

Hamburg, den _____

Unterschrift