

# Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

## I. Allgemeine Angaben

### A. Antragsart

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt

die Zulassung zur Versorgung durch Abschluß eines Versorgungsvertrages

die Änderung des Versorgungsvertrages

### B. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort : \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer/in bzw.  
Heimleiter/in : \_\_\_\_\_  
Verantwortliche Pflegefachkraft : \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./Telefax : \_\_\_\_\_  
IK-Kennzeichen : \_\_\_\_\_  
Landkreis/kreisfreie Stadt : \_\_\_\_\_

### C. Angaben zum Träger der Einrichtung

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

### D. Status des Trägers

- öffentlich  
 freigemeinnützig  
 privat

### E. Angaben zur Trägervereinigung

1. Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land?

- Ja  Nein

2. Wenn ja, welche? .....

### F. Weitere Einrichtungen des Trägers

1. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch eine

- |                                  |                             |                               |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ambulante 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 |
| Krankenhauseinrichtung           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Einrichtung             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch eine

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

### G. Weitere Angaben

1. Erlaubnispflichtige Einrichtungen

a) Die Einrichtung benötigt eine Betriebserlaubnis

Ja  Nein

Wenn ja, bitte beifügen

b) Die Betriebserlaubnis wurde auflagenfrei erteilt

Ja  Nein

Wenn nein, welche Auflagen bestehen? .....

c) Es wurden nachträgliche Auflagen erteilt  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Auflagenbescheid beifügen

2. Anzeigepflichtige Einrichtungen

a) Die Pflegeeinrichtung unterliegt lediglich einer Anzeigepflicht

Ja  Nein

b) Es wurden nachträgliche Anordnungen erlassen

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Anordnungsbescheid beifügen

3. Musterheimvertrag bitte beifügen, soweit vorhanden

4. Zuständige Aufsichtsbehörde nach dem Heimgesetz

.....

## II. Angaben zur Struktur der Einrichtung

### A. Wirtschaftliche Selbständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung ab dem ..... dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und -verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der vollstationären 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

### B. Pflegefachkraft

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

Ja  Nein

Wenn ja:

Name, Vorname .....

Adresse .....

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

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

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.  
(Bitte Kopien der entsprechenden Zeugnisse beifügen)

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

Ja  Nein

4. Die Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden liegt vor.

Ja

Nein

(Teilnahmebestätigung bitte beifügen.)

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes übe in den letzten 5 Jahren mindestens 2 Jahre eine hauptberufliche Tätigkeit in dem erlernten Pflegeberuf aus
- Ja  Nein

Bei **nein** Gründe angeben!

- wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig
- hat als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt
- hat an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflege teilgenommen, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Nachweise sind beizufügen.

6. Vorlage einer beglaubigten Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis), nicht älter als 3 Monate.
- liegt bei
- liegt nicht bei (Grund: .....)

### C. Stellvertretende Pflegefachkraft

Name, Vorname .....

Adresse .....

2. Die stellvertretende Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.  
(Bitte Kopien der entsprechenden Zeugnisse beifügen.)

3. Die stellvertretende Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit im Hauptberuf in der Pflegeeinrichtung aus.
- Ja  Nein

## D. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit

### 1. Pflegevergütung

b) Der Pflegesatz beträgt in der

Pflegeklasse I ..... EUR/Tag  
Pflegeklasse II ..... EUR/Tag  
Pflegeklasse III ..... EUR/Tag

c) Die Pflegesätze beinhalten Leistungen für

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

### 2. Sonderleistungen

Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen bietet das Pflegeheim zusätzliche Leistungen an

Ja  Nein

a) Zusätzliche betreuerrische Leistungen

Leistung	Entgelt
.....	.....
.....	.....
.....	.....

b) Sonstige zusätzliche Leistungen

Leistung	Entgelt
.....	.....
.....	.....
.....	.....

c) Preisliste Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI gegebenenfalls als Anlage beifügen.

### 3. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

- a) Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden durch Landkreis und/oder Kommune bezuschußt.

Ja  Nein

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

.....

- b) Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden durch das Land bezuschußt.

Ja  Nein

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

.....

### 4. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen/Instandhaltung

- a) Die Pflegeeinrichtung wurde bzw. wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen/Instandhaltung gefördert

- aa) durch das Land

Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_ EUR  
\_\_\_\_\_ Zeitraum

- bb) durch die Kommune/den Landkreis

Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_ EUR  
\_\_\_\_\_ Zeitraum



## 5. Beteiligung der Pflegebedürftigen am Investitionsaufwand

- a) Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

Ja

Nein

- b) Wenn ja:

- die Höhe dieser Aufwendungen beträgt je Pflegebedürftigem \_\_\_\_\_ EUR.

## 6. Personelle Besetzung

### a) Personelle Besetzung in der Pflege

	Vollzeit	Teilzeit	Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollzeitkräfte	geringfügig beschäftigt
<b>I. Pflege- und Betreuungsbereich</b>				
Krankenschwester/-pfleger				
Kinderkrankenschwester/-pfleger				
Altenpfleger/in				
Haus- u. Familienpfleger/in				
Krankenpflegehelfer/in				
Altenpflegehelfer/in				
Haus- und Familienpflegehelfer/in				
Dorfhelfer/in				
Familienbetreuer/in				
Heilerziehungspfleger/in				
Hebammen/Geburtshelfer				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)				

<b>II. Auszubildende</b>				
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/Praktikanten/innen				

\*) Welche Ausbildung?

---

b) Sonstige personelle Besetzung

	Vollzeit	Teilzeit	Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollzeitkräfte	geringfügig beschäftigt
<b>I. Hauswirtschaftsbereich</b>				
Hauswirtschafter/in				
Fachhauswirtschafter/in				
Wirtschafter/in				
Hauswirtschaftstechnische/r Helfer/in				
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)				
Ökotrophologe/in				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung <sup>1</sup>				

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

<b>I. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst</b>				
Ärztin/Arzt				
Beschäftigungs-/Arbeits-therapeut/in, Beschäftigungs-therapeut/in, Ergotherapeut/in				
Diakon/in				
Erzieher/in				

<sup>1)</sup> Welche Ausbildung?

---

Heilpädagoge/in				
Krankengymnast/in				
Logopäde/in				
Masseur/in, med. Bademeister/in				
Musiktherapeut/in				
Pädagoge/in				
Psychagoge/in				
Psychologe/in				
Rhythmiklehrer/in				
Sonderpädagoge/in				
Sozialarbeiter/in				
Sozialpädagoge/in				
Soziologe/in				
Sportlehrer/in				
Theologe/in				
Sonstige				

<b>IV. Zivildienstleistende</b>				
Zivildienstleistende				

<b>V. haustechnischer Bereich</b>				
technisches Personal				
Raumpfleger/in				
Küchenpersonal				

## 7. Platzzahl

- a) Ganzjährig vorgehalten werden ..... vollstationäre Plätze
- b) Davon werden vorgehalten
- |                          |        |
|--------------------------|--------|
| in Einbettzimmern .....  | Plätze |
| in Zweibettzimmern ..... | Plätze |
| in Mehrbettzimmern ..... | Plätze |

## 8. Art der Belegung

- a) Welche Personenkreise werden in der Pflegeeinrichtung gepflegt und betreut?

- altersverwirrte Pflegebedürftige
- chronisch psychisch kranke Pflegebedürftige
- körperbehinderte Pflegebedürftige
- geistig behinderte Pflegebedürftige
- pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- pflegebedürftige Erwachsene
- Apalliker
- AIDS-Kranke
- MS-Kranke
- Sonstige \_\_\_\_\_

- b) Werden in der Pflegeeinrichtung

- Männer und Frauen
- nur Männer
- nur Frauen

gepflegt und betreut?

- c) In die Pflegeeinrichtung werden bestimmte Pflegebedürftige nicht aufgenommen, und zwar

.....  
.....

## 9. Weiteres Leistungsangebot

Von der Pflegeeinrichtung bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Hausnotrufdienst	<input type="checkbox"/>
Kurse für häusl. Pflege	<input type="checkbox"/>
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>
Pflegehilfsmittelverleih	<input type="checkbox"/>
Sonstige	_____

## 10. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

### a) Pflege- und Therapieräume

besondere Räume für Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/>
besondere Räume für Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>
- Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
- Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
- Logopädie	<input type="checkbox"/>

### b) besondere Räume für weitere Aktivitäten

- Sport bzw. Gymnastik	<input type="checkbox"/>
- Badeabteilung	<input type="checkbox"/>
- Freisitz, Terrasse	<input type="checkbox"/>
- Garten	<input type="checkbox"/>

### c) Liste der vorgehaltenen Pflegehilfsmittel als Anlage beifügen.

## 11. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegeheimen erbracht?

Ja  Nein

Wenn ja, mit wem? .....

Für welche Leistung? .....

(Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen.)

### III. Pflegekonzeption

Erbringt die Pflegeeinrichtung ihre Leistungen nach einer Konzeption?  
(Konzeption bitte beifügen)

ja  nein

Liegt ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vor?  
(als Anlage beifügen)

ja  nein

### IV. Weitere organisatorische Voraussetzungen

Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft  
(Nachweis in Kopie)

liegt bei  ist angemeldet  
(Nachweis liegt bei.)

Nachweis einer ausreichenden Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-,  
Sach- und Vermögensschäden (Nachweis in Kopie)

liegt bei  liegt nicht bei

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift