

# Gemeinsamer Strukturhebungsbogen der Landesverbände der Kranken-/ und Pflegekassen in Meck- lenburg-Vorpommern für vollstationäre Hospize

(im folgenden Einrichtung genannt)

Die nachfolgenden Erhebungen dienen der Zulassungsprüfung als vollstationäres Hospiz im Sinne des § 39 a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI als integraler Bestandteil eines ambulanten, ehrenamtlichen Hospizdienstes.

## I. Allgemeine Angaben

- A.** Wünschen Sie eine Zulassung zur vollstationären Hospizversorgung entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz?

Ja, ab dem \_\_\_\_\_

**B. Angaben zur Einrichtung**

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/in bzw. \_\_\_\_\_

Hospizleiter/in \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. / Telefax \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK) \_\_\_\_\_

Das IK wurde beim Hauptverband der  
Berufsgenossenschaft e. V.,  
Alte Heerstr. 111, in 53757 St. Augustin  
beantragt am \_\_\_\_\_

**C. Angaben zum Träger der Einrichtung**

Träger der Einrichtung \_\_\_\_\_

Rechtsform \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. / Telefax \_\_\_\_\_

**D. Status des Trägers**

öffentlich                       freigemeinnützig                       privat

**E. Angaben zur Trägervereinigung**

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung / einem Verband?

Ja                                       Nein

Wenn ja, welche/r? \_\_\_\_\_

**F. Voraussetzungen zum Betrieb nach dem Heimgesetz / Zulassungsvoraussetzungen**

1.) Die Inbetriebnahme der Einrichtung ist nach § 4 EQG 3 Monate vorher der zuständigen Stelle angezeigt worden:

Ja, am .....                       Nein

Wenn ja, bitte Kopie der Anzeige beifügen.

2.) Liegt ggf. eine Ausnahmegenehmigung/Auflage durch die Heimaufsicht vor?

Ja                                       Nein

Wenn ja, bitte Kopie der Ausnahmegenehmigung/Auflage beifügen.

3.) Zwischen dem Träger und dem Bewohner wird ein Hospizvertrag abgeschlossen.

Ja (Bitte Muster in Kopie beifügen.)                       Nein

4.) Von der Einrichtung sind folgende organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden;
- b) Mitgliedschaftsnachweis der zuständigen Berufsgenossenschaft;
- c) Nachweis einer ausreichenden Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

## II. Besondere Angaben / Angaben zur Struktur der Einrichtung

### A. Wirtschaftliche Selbständigkeit

Es ist sichergestellt, daß die Einrichtung ihre Leistungen selbständig erbringt. Die unterschiedlichen Kosten der Einrichtung werden im Rahmen einer doppelten Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsätzen getrennt erfaßt und gebucht. Die Vorschriften der Pflegebuchführungsverordnung werden beachtet.

Der Träger gewährleistet gemäß § 72 SGB XI eine ortsübliche Arbeitsvergütung an die Beschäftigten.

Ja  Nein

### B. Verantwortliche Krankenpflegefachkraft

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

1 a) Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung folgender Berufsbezeichnung:

Krankenschwester / Krankenpfleger  
 Sonstige \_\_\_\_\_

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.  
 (Bitte beglaubigte Kopie des Nachweises beifügen.)

1 b) Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft hat einen unter 1 a) genannten Beruf innerhalb der letzten fünf Jahre hauptberuflich in einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen ambulanten oder stationären Einrichtung/in einem Krankenhaus / Hospiz ausgeübt (mindestens 3 Jahre):

Zeitraum		Name und Ort der Einrichtung	Durchschnittliche Wochenarbeitszeit
von	bis		

1 c) Liegt der Abschluss einer Palliative-Care-Fortbildungsmaßnahme (mind. 160 Std.) oder der Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme als staatlich anerkannte(r) Krankenschwester / Krankenpfleger für Onkologie vor?

Ja  Nein

(Bitte beglaubigte Kopie des Nachweises beifügen.)

1 d) Liegt der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen (mind. 460 Std.) vor?

Ja  Nein, wird erworben bis \_\_\_\_\_

(Bitte beglaubigte Kopie des Nachweises beifügen.)

1 e) Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft der Einrichtung übt diese Tätigkeit im Hauptberuf (sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis) aus

Ja  Nein

1 f) Bitte die Ablichtung eines aktuellen Auszuges aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (Führungszeugnis) für die verantwortliche Krankenpflegefachkraft beifügen.

2.) Stellvertretende Krankenpflegefachkraft

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

2 a) Die stellvertretende Krankenpflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung folgender Berufsbezeichnung:

Krankenschwester / Krankenpfleger  
 Sonstige \_\_\_\_\_

(Bitte beglaubigte Kopie des Nachweises beifügen.)

2 b) Die stellvertretende Krankenpflegefachkraft ist hauptberuflich (sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis) im Hospiz tätig.

Ja  Nein

2 c) Liegt der Abschluss einer Palliative-Care-Fortbildungsmaßnahme (mind. 160 Std.) vor?

Ja  Nein

(Bitte beglaubigte Kopie des Nachweises beifügen.)

3.) Weitere Angaben zum Personal

Berufsbezeichnung / Qualifikation	Anzahl der Mitarbeiter		Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollzeitkräfte
	Vollzeit	Teilzeit	
Krankenschwester / Krankenpfleger			
Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger			
Altenpfleger/in			
Gesundheits- und Krankenpfleger(in)			
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)			
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen			
Hauswirtschafts- und Funktionspersonal			
Sonstige			
Sonstige			
Sonstige			

Anzahl der ehrenamtlich tätigen Personen: \_\_\_\_\_

**C. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit**

1.) Investitionskosten

1 a) Dem Strukturerhebungsbogen ist eine detaillierte Kalkulation der Investitionskosten beizufügen.

1 b) Wurden investive Fördermittel / Zuwendungen beantragt / bewilligt?

Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? \_\_\_\_\_ EURO/Tag

Bestätigung / Bewilligungsbescheid beifügen.

2.) Vernetzung

Die Einrichtung kooperiert mit anderen Einrichtungen als Bestandteil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem.

Ja  Nein

Wenn ja, mit welchen:

3.) Wahlenleistungen

3a) Über die im Bedarfsatz vereinbarten Leistungen wird die Einrichtung zusätzliche Leistungen anbieten.

- Ja  Nein

3b) Wenn ja, bitte Leistungen nachfolgend auflühren:

Leistung	Entgelt in EURO

4.) Refinanzierung durch Spenden, Eigenleistung des Trägers

Die Kosten der Einrichtung werden zu \_\_\_\_\_ v. H. durch Spenden oder Eigenleistung des Trägers gedeckt.

5.) Grundausrüstung

Die Einrichtung hat zur krankenpflegerischen Versorgung der Patienten eine dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Grundausrüstung von Hilfsmitteln / Pflegehilfsmitteln bereitzustellen und einzusetzen.

Instrumentelle Grundausrüstung liegt vor:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmeßgerät           | <input type="checkbox"/> Perfusor                                      |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät         | <input type="checkbox"/> Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung  |
| <input type="checkbox"/> Teststreifen                | <input type="checkbox"/> BTM-Schrank                                   |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät mit Zubehör | <input type="checkbox"/> Pflegebetten mit Bettgitter und Aufrichthilfe |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel gegen Dekubitus | <input type="checkbox"/> Toilettenstühle                               |
| <input type="checkbox"/> Ernährungspumpen            | <input type="checkbox"/> Lifter (Bett, Badewanne)                      |
| <input type="checkbox"/> Absauggerät                 | <input type="checkbox"/> Rollstühle, Gehhilfen                         |
| <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät            | <input type="checkbox"/> Infusionsständer                              |
| <input type="checkbox"/> Keil, Güdel-Tubus           |  |

6.) Räumlichkeiten der Einrichtung

6 a) Die Einrichtung hat insgesamt \_\_\_\_\_ Hospiz-Betten

6 b) Die Einrichtung hält folgende Zimmer vor: Einbettzimmer: \_\_\_\_\_ Anzahl  
Zweibettzimmer: \_\_\_\_\_ Anzahl

6 c) Wieviel Gästebetten für Angehörige stehen zusätzlich zur Verfügung:  
\_\_\_\_\_ Anzahl

6 d) Pflege- und Therapieräume

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Einzeltherapie   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopädie        |                          |       |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie     |                          |       |

6 e) Weitere besondere Räume

- Abschiedsraum
- Freisitz, Terrasse
- \_\_\_\_\_

- 6 f) Die Bruttogeschossfläche der Einrichtung beträgt \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>.  
Die Nettogeschossfläche der Einrichtung beträgt \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>.

(Bitte Baupläne Maßstab 1 : 100 der kompletten Einrichtung mit Raumnutzungsbezeichnung beifügen.)

### III. Sonstige Angaben

Der Träger der Einrichtung betreibt am Standort auch ein(e)

ambulante Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

teilstationäre Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

vollstationäre Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

Krankenhaus  Ja  Nein  
Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

Anlage  
Auflistung über die einzureichenden Unterlagen



## **Anlage**

### **zum Gemeinsamen Strukturhebungsbogen für vollstationäre Hospize**

Folgende Anlagen sind dem Erhebungsbogen beizufügen:

1. Anzeige bei der Heimaufsicht gemäß § 4 EQG; ggf. Ausnahmegenehmigung der Heimaufsicht
2. Hospizvertrag (Muster)
3. Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden (Gesundheitsamt)
4. Nachweis der Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft
5. Nachweis einer ausreichenden Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
6. Beglaubigte Kopie der Urkunden der verantwortlichen und stellvertretenden Krankenpflegefachkraft
7. Beglaubigte Kopien von Zusatzqualifikationsnachweisen (z. B. Palliativ-Care-Fortbildungsmaßnahme)
8. Beglaubigte Kopie des Nachweises einer anerkannten Bildungsmaßnahme für leitende Funktionen
9. Führungszeugnis für die verantwortliche Pflegefachkraft (aktueller Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft)
10. Investitionskostenkalkulation, Mietvertrag
11. Konzeptionelle Darstellung der Einrichtung (Pflege- und Personalkonzept, Darstellung der ehrenamtlichen Hospizarbeit auch ambulant)
12. Baupläne (Raumplan, Maßstab 1 : 100 mit Raumnutzungsbezeichnung)
13. Kooperationsvereinbarungen