

# Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen für **ambulante Pflegeeinrichtungen**  
(Pflegesachleistung, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

## I. Allgemeine Angaben

1. Name der Einrichtung : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer/in : \_\_\_\_\_  
Pflegedienstleiter/in : \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. / Telefax : \_\_\_\_\_  
IK-Kennzeichen : \_\_\_\_\_  
Landkreis / kreisfreie Stadt : \_\_\_\_\_

2. Träger der Einrichtung : \_\_\_\_\_  
Rechtsform : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. / Telefax : \_\_\_\_\_  
Status : **###** öffentlich  
**###** freigemeinnützig  
**###** privat

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegediensten im  
Land?

**###** Ja

**###** Nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....

3. Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes bei kreisfreien Städten:  
Stadtbezirke .....
- bei Landkreisen:  
Gemeinden.....

## II. Selbständig wirtschaftende Einrichtung

Es ist sichergestellt, dass die Einrichtung ab .....organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, in dem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten (z. B. SGB V / §39/40 BSHG / SGB XI) getrennt sind.

## III. Leitende Pflegefachkraft

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

### Ja

### Nein

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

Adresse \_\_\_\_\_

Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes 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.)

Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes übte in den letzten 5 Jahren 2 Jahre (hiervon mindestens 1 Jahr im ambulanten pflegerischen Bereich) eine hauptberufliche Tätigkeit in dem erlernten Beruf 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- oder Heilerziehungspflege teilgenommen, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Nachweise sind beizufügen.

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

**###** Ja

**###** Nein

(Teilnahmebestätigung bitte beifügen.)

Vorlage einer beglaubigten Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis), nicht älter als 3 Monate.

**###** liegt bei

**###** liegt nicht bei (Grund: .....)

### **Stellvertretende Pflegefachkraft**

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

Adresse \_\_\_\_\_

Die stellvertretende Pflegefachkraft des Pflegedienstes 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.)

Die stellvertretende Pflegefachkraft des Pflegedienstes übt diese Tätigkeit im Hauptberuf in dem Pflegedienst aus.

**###** Ja

**###** Nein

#### IV. Personelle Besetzung in der Pflege

	Anzahl der Mitarbeiter/innen (einschließlich Pflegedienstleitung)		
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig beschäftigt
<b>I. Pflege- und Betreuungsbereich</b>			
Krankenschwester/-pfleger			
Kinderkrankenschwester/-pfleger			
Altenpfleger/in			
Haus- und Familienpfleger/in			
Krankenpflegehelfer/in			
Altenpflegehelfer/in			
Haus- und Familienpflegehelfer/in			
Dorfhelfer/in			
Familienbetreuer/in			
Heilerziehungspfleger/in			
Hebammen/Geburtshelfer			
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung <sup>*)</sup>			

<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			

<sup>\*)</sup> Welche Ausbildung? \_\_\_\_\_

## V. Sonstige personelle Besetzung

	Anzahl der Mitarbeiter/innen		
	Vollzeit	Teilzeit	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>III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst</b>			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeitstherapeut/in, Beschäftigungstherapeut/in, Ergotherapeut/in			
Diakon/in			
Erzieher/in			
Heilpädagoge/in			
Krankengymnast/in			
Logopäde/in			
Masseur/in, med. Bademeister/in			
Musiktherapeut/in			
Pädagoge/in			
Psychagoge/in			

	Anzahl der Mitarbeiter/innen		
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig beschäftigt
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			

<sup>1</sup> Welche Ausbildung?

## VI. Leistungen

1. Vom Pflegedienst werden Leistungen  
### der Grundpflege  
### der hauswirtschaftlichen Versorgung  
### der Behandlungspflege (§ 37 SGB V)  
erbracht.
  
2. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis).  
 Ja                       Nein
  
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
  - Apalliker
  - AIDS-Kranke
  - MS-Kranke
  - Sonstige: \_\_\_\_\_
  
4. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten erbracht?  
 Ja                       Nein  
Wenn Ja, mit wem?  
.....  
für welche Leistungen?  
.....  
(Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen.)
  
5. Welche pflegerische Konzeption liegt dem Pflegedienst zugrunde?  
(Bitte Pflege-Konzeption beifügen.)  
.....  
.....

6. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?  
**###** Ja **###** Nein  
 Welches Dokumentationssystem kommt zur Anwendung?  
 .....
7. Erfolgt eine individuelle Pflegeplanung?  
 Ja  Nein
8. Verfügt der Pflegedienst über ein Pflegeleitbild?  
 Ja  Nein  
 Wenn ja, welches?  
 .....
9. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?  
**###** Ja **###** Nein  
 (Bitte Mustervertrag beifügen.)
10. Der Pflegedienst ist Tag und Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar und gewährleistet Hilfe, ggf. in Kooperation mit anderen Pflegediensten.  
**###** Ja **###** Nein
11. Finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt?  
**###** Ja **###** Nein
12. Werden die Pflegeleistungen durch kontinuierliche Pflegeteams erbracht?  
**###** Ja **###** Nein
13. In welchem Abstand werden Pflegevisiten durchgeführt?  
 .....
14. Mit welchen Institutionen erfolgt eine Vernetzung?  
 .....  
 .....

15. Geplante Teilnahme an Weiterbildungs-/Schulungsmaßnahmen

.....  
.....

16. Liegt ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vor? (als Anlage beifügen)

### Ja

### Nein

17. Welche Fachliteratur wird vorgehalten?

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

18. Der Inhalt des Rahmenvertrages nach §75 SGB XI sowie Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995 wurden zur Kenntnis genommen?

### Ja

### Nein

## VII. Organisatorische Voraussetzungen

Der Pflegedienst verfügt über eigene, in sich geschlossene Geschäftsräume.

### Ja

### Nein

Anzeige der Aufnahme bei den zuständigen Behörden.

(Nachweis in Kopie!)

### liegt bei

Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft.

(Nachweis in Kopie!)

### liegt bei

### ist angemeldet

(Nachweis liegt bei)

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

### liegt bei



## VIII. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

1. Die Betriebskosten des Pflegedienstes werden durch Landkreis und/oder Kommune bezuschusst.

### Ja

### Nein

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

.....

2. Die Betriebskosten des Pflegedienstes werden durch das Land bezuschusst.

### Ja

### Nein

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

.....

## IX. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

1. Der Pflegedienst wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert ?

- 1.1 durch das Land

### Ja

### Nein

Falls ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ Zeitraum

- 1.2 durch die Kommune / den Landkreis

### Ja

### Nein.

Falls ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_ Zeitraum

## X. Weitere Angaben zum Leistungsumfang

### Allgemeine Angaben

1. Wird vom Träger der Einrichtung im Einzugsbereich des Pflegedienstes auch eine voll- und/oder teilstationäre Pflegeeinrichtung betrieben?

### Ja

### Nein

Wenn ja,

### Kurzzeitpflege in .....

### Tagespflege in .....

### Nachtpflege in .....

### vollstationäre Pflege in .....

### Zusätzliche Leistungen

1. Vom Pflegedienst bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

Leistungen:

Hausnotrufdienst

###

Kurse für häusliche Pflege

###

Essen auf Rädern

###

Pflegehilfsmittelverleih

###

Sonstige

welche? .....

## XI. Entgelt für Investitionsanteile

Dem Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet

### Ja

### Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt: \_\_\_\_\_ EUR

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift