

# **Gemeinsamer Strukturhebungsbogen der Landesverbände der Pflegekassen für Kurzzeitpflegeeinrichtungen**

Der Träger beantragt für die nachfolgend genannte Einrichtung die Zulassung zur Pflege durch Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI. Die Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung ist für den                    vorgesehen.

## **1. Allgemeine Angaben**

### a) Einrichtung

Name 1 der Einrichtung

Name 2 der Einrichtung

Straße

PLZ, Ort

Heimleiter/in

Landkreis/kreisfreie Stadt

Telefon/Telefax

E-Mail

Institutionskennzeichen der Kurzzeitpflege

### b) Träger der Einrichtung

Name 1 des Trägers

Name 2 des Trägers

Rechtsform

Straße

PLZ, Ort

Geschäftsführer/in

Telefon/Telefax

E-Mail

c) Trägervereinigung

Bezeichnung 1

Bezeichnung 2

Straße

PLZ, Ort

Telefon/Telefax

d) Status der Einrichtung

privat

freigemeinnützig

öffentlich

**2. Weitere Einrichtungen des Trägers**

Einrichtung	Angabe des/der Institutionskennzeichen	Anzahl der Plätze	Anschrift
ambulante Pflegedienste		----	
Wohngruppen (nach PNG)	----		
teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
Kurzzeitpflegeeinrichtungen			
vollstationäre Pflegeeinrichtungen ( <i>einschl. Wachkoma, Beatmung, psych. und seel. Behinderung</i> )			
Einrichtungen betreutes Wohnen	----		
Behinderteneinrichtungen SGB XII	----		

### **3. Organisatorische Voraussetzungen**

a) Die Anzeige der Betriebsaufnahme gemäß § 12 Abs. 1 des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes bei der zuständigen Aufsichtsbehörde erfolgt(e) am:

(Nachweis sowie Anzeigebestätigung der Heimaufsicht bitte beifügen bzw. nachreichen.)

Wurden Auflagen erteilt?       ja      •  nein •

(Wenn ja, bitte Anordnungsbescheid und Stellungnahme des Trägers beifügen!)

b) Besteht eine Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft?

ja      •      Bitte Nachweis beifügen.

beantragt      •      Datum:

c) Wurde eine ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden abgeschlossen?

ja      •      Bitte Nachweis beifügen.

beantragt      •      Datum:

d) Die Anzeige der Betriebsaufnahme erfolgte bei folgendem Landrats-/Sozialamt:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

am:

### **4. Platzkapazität**

Insgesamt werden ganzjährig

Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten.

Davon werden

Plätze in Einbettzimmern

und

Plätze in Zweibettzimmern vorgehalten.

## **5. Welcher Personenkreis wird in der Pflegeeinrichtung betreut und gepflegt?**

- gerontopsychiatrisch erkrankte Pflegebedürftige
- chronisch psychisch kranke Pflegebedürftige
- körperbehinderte Pflegebedürftige
- geistig behinderte Pflegebedürftige
- pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- pflegebedürftige Erwachsene
- Apalliker
- AIDS-Kranke
- MS-Kranke
- Sonstige:

pflegefachlicher Schwerpunkt       ja      •       nein •

wenn ja, welcher:

## **6. Personelle Voraussetzungen**

### a) verantwortliche Pflegefachkraft und Stellvertreter

#### • verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname

##### 1. Abschluss einer Ausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Altenpfleger/in

##### 2. Nachweise

- staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses
- hauptberufliche Tätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (Arbeitszeugnisse, etc.)
- Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden
- versicherungspflichtige Beschäftigung (Arbeitsvertrag, etc.)
- Polizeiliches Führungszeugnis

#### • stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname

##### 1. Abschluss einer Ausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Altenpfleger/in

##### 2. Nachweise

- staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses

b) geplante personelle Besetzung in der Pflege

	Anzahl der Mitarbeiter(innen)			
	Anzahl der Vollzeitbeschäftigten	Anzahl der Teilzeitbeschäftigten	Teilzeitbeschäftigte, umgerechnet in Vollzeitkräfte	Anzahl der geringfügig beschäftigten Mitarbeiter
<b>I. Pflege- und Betreuungsbereich</b>				
Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger				
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger				
Altenpfleger/in				
Familienpfleger/in				
Krankenpflegehelfer/in				
Altenpflegehelfer/in				
Familienpflegehelfer/in				
Dorfhelfer/in				
Familienbetreuer/in				
Heilerziehungspfleger/in				
Hebamme/Geburtshelfer				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung (Angaben der Ausbildung)*				
<b>II. Auszubildende</b>				
Auszubildende/r und Praktikant/in				
Auszubildende/r in der Altenpflege				
Auszubildende/r in der Heilerziehungspflege				
Auszubildende/r in der Krankenpflege				
Erzieher/in im Anerkennungspraktikum				
Vorpraktikant/in in der Pflege/Hauswirtschaft				
<b>III. Hauswirtschaftsbereich</b>				
Hauswirtschafter/in				
Fachhauswirtschafter/in				
Wirtschafter/in				
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung (Angabe der Ausbildung)*				

\* Ausbildung als:

c) geplante sonstige personelle Besetzung

	Anzahl der Mitarbeiter(innen)			
	Anzahl der Vollzeitbeschäftigten	Anzahl der Teilzeitbeschäftigten	Teilzeitbeschäftigte, umgerechnet in Vollzeitkräfte	Anzahl der geringfügig beschäftigten Mitarbeiter
<b>I. Verwaltung</b>				
Verwaltungskräfte				
Verwaltungsfachkräfte				
<b>II. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst</b>				
Ärztin/Arzt				
Beschäftigungs-/Arbeitstherapeut/in, Ergotherapeut/in				
Diakon/in				
Erzieher/in				
Heilpädagogin/e/in				
Krankengymnast/in				
Logopäde/in				
Masseur/in, med. Bademeister/in				
Musiktherapeut/in				
Pädagoge/in				
Psychagoge/in				
Psychologin/e/in				
Rhythmiklehrer/in				
Sonderpädagogin/e/in				
Sozialarbeiter/in				
Sozialpädagogin/e/in				
Sportlehrer/in				
Theologin/e/in				
Sonstiges				
<b>III. Bundesfreiwilligendienst</b>				
Bundesfreiwilligendienst				
<b>IV. haustechnischer Bereich</b>				
technischer Personal				
Raumpfleger/in				
Küchenpersonal				

**Es sind eine vorgesehene Dienstplanaufstellung sowie eine namentliche Aufstellung des Pflegepersonales beizufügen!**

## **7. Ausstattung der Pflegeeinrichtung**

Die Bauzeichnung (Maßstab 1:200 ist ausreichend) sowie die beispielhafte Raumausstattung sind dem Antrag beizufügen.

## **8. Pflegekonzept / Pflegeleitbild**

Ein einrichtungsinternes Pflegekonzept/Pflegeleitbild liegt vor.

Das Pflegekonzept sowie ein Heimvertrag (Muster) sind dem Antrag beizufügen.

## **9. Angaben zu weiteren Zulassungskriterien**

1. Die wirtschaftliche Selbstständigkeit gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI ist mit der Inbetriebnahme der Einrichtung zum            gewährleistet.

***Bitte Anlage „Formular A“ ausfüllen.***

2. Die Zahlung des gesetzlich geregelten Mindestlohnes wird bestätigt.
3. Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI wird eingeführt und weiterentwickelt.
4. Die Expertenstandards werden angewandt.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel des Trägers  
(Vertretungsberechtigte Person/en)

## Formular A

(zum Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI  
zur Erbringung von Leistungen der vollstationären Pflege gemäß § 43 SGB XI ;  
Punkt 11.1. - Angaben zur wirtschaftlichen Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung)

Einrichtung

Platzkapazität

Straße

Auslastungsgrad

PLZ, Ort

Betreuungstage  
(Kapazität\*365\*Auslastung)

<b>Kostenart</b>	<b>€/Jahr</b>	<b>€/Betreuungstag</b>
<u>1. Personalkosten</u>		
1.1. Pflege- und Betreuungsbereich		
1.2. Hauswirtschaftlicher Bereich		
1.3. Leitung/Verwaltung		
1.4. Haustechnischer Bereich		
<u>2. Sachkosten</u>		
2.1. Lebensmittel		
2.2. Betriebsverwaltung		
2.3. Steuern, Abgaben, Versicherungen		
2.4. Wasser, Energie, Brennstoffe		
<u>3. Aufwendungen i. S. § 82 Abs. 2 SGB XI</u>		
<u>4. Gesamtkosten</u>		