

# Arbeitsgemeinschaft der Kranken - und Pflegekassenverbände in Baden-Württemberg

## Gemeinsamer Strukturhebungsbogen für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung der Intensivpflege nach § 132 I Abs. 5 SGB V und § 72 SGB XI

**(Wir bitten zu beachten, dass eine Kostenübernahme vor Abschluss  
des Versorgungsvertrages nicht möglich ist.)**

- Neuantrag zur Zulassung  
 Änderungsantrag (bspw. Platzzahlerhöhung)

bzgl. der Versorgungsverträge gem. § 132I Abs. 5 SGB V sowie § 72 SGB XI.

Es besteht bereits ein Versorgungsvertrag oder dieser ist beantragt nach:

- § 72 SGB XI zur Erbringung von pflegerischen Leistungen der Dauerpflege (verbindliche Angabe)

Der/die antragstellende Leistungserbringer/in bzw. der vertretungsberechtigten Person der vollstationären Pflegeeinrichtung erklärt die nachfolgenden Voraussetzungen für die Versorgungsverträge gem. § 132I Abs. 5 SGB V sowie § 72 SGB XI zu erfüllen.

### Angaben zur Einrichtung

#### A. Allgemeine Angaben (verbindliche Angaben)

##### 1.) Zur Einrichtung (Pflegeeinrichtung)

Name der Einrichtung .....

.....

.....

Straße .....

Postfach .....

PLZ/Ort .....

Geschäftsführer/in bzw. Heimleiter/in .....

Verantwortliche Pflegefachkraft .....

Tel.-Nr. ....

E-Mail-Adresse .....

Institutionskennzeichen (IK) .....

Landkreis/kreisfreie Stadt .....

Leistungserbringerverband  
.....

Rechtsform der vollstationären Pflegeeinrichtung .....  
(Kopie Auszug Handelsregister/Vereinsregister bitte beifügen)

Landkreis/kreisfreie Stadt .....

Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Heimaufsicht  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Gesundheitsamt (§ 35 IfSG)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Brandmeister (Feuerwehr)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Finanzamt (Unbedenklichkeitsbescheinigung)                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Arbeitsamt (Sozialversicherungsanzeige)                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Berufsgenossenschaft  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung (Versicherungsschein) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

(Kopien der Bestätigungen bitte jeweils beifügen)

Die Pflegeeinrichtung (Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten, sowie von weder beatmeten noch trachealkanülierten Versicherten) wird folgende Klientel versorgen:

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr

oder

Erwachsene ab der Vollendung des 18. Lebensjahres

Beabsichtigter Beginn der Tätigkeit .....  
(bzw. Datum der Umstrukturierung/ der Übernahme)

## 2.) Zur/zum Träger/in

Träger/in der Einrichtung .....  
(Inhaber / Gesellschaft)

Rechtsform .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Tel.-Nr./Telefax .....

E-Mail-Adresse .....

Status  öffentlich  
 freigemeinnützig (auch kirchlich)  
 privat

3.) Der/die Träger/in betreibt am Ort der vollstationären Pflegeeinrichtung auch  
einen ambulanten Pflegedienst

Ja       Nein

Wenn ja, welche/n?

.....

eine teilstationäre Pflegeeinrichtung

Ja       Nein

Wenn ja, welche? Mit wie vielen Plätzen?

.....

eine Kurzzeitpflegeeinrichtung

Ja       Nein

Wenn ja, welche? Mit wie vielen Plätzen?

.....

ein Krankenhaus

Ja       Nein

Wenn ja, welche/s? Mit wie vielen Plätzen?

.....

eine Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Abs. 2 SGB V

Ja       Nein

Wenn ja, welche? Mit wie vielen Plätzen?

.....

4. Besteht eine Tarifbindung/-Anlehnung oder werden die Arbeitnehmenden nach regional üblichem Entgelt entlohnt?

Tarifbindung an Tarifvertrag: .....

Tarifierlehnung an Tarifvertrag: .....

regional übliches Entgeltniveau

Eine Erfassung mit Angabe der notwendigen Daten ist gemäß Richtlinie nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI in der Daten Clearing Stelle (DCS) verpflichtend durchzuführen. Weitere Informationen erhalten Sie während des Antragsverfahrens.

5. Welches Pflegekonzept liegt für die Pflege und Behandlung von intensivpflegebedürftigen beatmeten und nichtbeatmeten Menschen vor? (bitte benennen und beifügen)

.....  
.....

6. Welche Art der Pflegedokumentation wird geführt

.....  
.....

7. Ergänzende Angaben zur Abstimmung mit der Heimaufsichtsbehörde

Die zuständige Heimaufsichtsbehörde nach dem Heimrecht für Baden-Württemberg:

.....

Die Heimaufsichtsbehörde hat der Betriebsaufnahme eine vorläufige Untersagung ausgesprochen:

Ja       Nein

Die Heimaufsichtsbehörde hat den Betrieb der Einrichtung untersagt:

Ja       Nein

Die Heimaufsichtsbehörde hat aufgrund festgestellter Mängel folgende Anordnungen gemäß § 22 WTPG gegenüber der/dem Träger/in erlassen:

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

## B. Belegung und Leistung (verbindliche Angaben)

1. In der vollstationären Pflegeeinrichtung sollen ganzjährig \_\_\_\_\_ Plätze für die außerklinische Intensivpflege vorgehalten werden.

2. In der vollstationären Pflegeeinrichtung werden zudem  
(Angabe entfällt, wenn der Versorgungsschwerpunkt der Einrichtung auf Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr gelegt wird)

- Pflegebedürftige alte Menschen (unter Einschluss altersverwirrter Menschen)
- pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen
- pflegebedürftige körperbehinderte Menschen
- pflegebedürftige geistig behinderte Menschen

gepflegt, versorgt und betreut.

3. In der vollstationären Pflegeeinrichtung werden bestimmte Personengruppen nicht aufgenommen:

.....  
.....

4. In der vollstationären Pflegeeinrichtung werden zudem folgende Leistungen erbracht:  
(Angaben werden nicht vom Antrag auf o. g. Versorgungsverträge nach § 132I Abs. 5 und § 72 SGB XI umfasst)

- Krankengymnastik
- Logopädie
- Ergotherapie
- vorgenannte Leistungen werden durch externe Anbieter erbracht

## C. Verantwortliche Pflegefachkraft / stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (verbindliche Angaben)

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

Ja  Nein

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Lebenslange Beschäftigtennummer .....

(LBNR – LBNR muss beantragt sein (Mindestangabe))

Adresse .....

(freiwillige Angabe)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der vollstationären Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in Deutschland (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungsurkunde beifügen)

Ja  Nein

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- AltenpflegerIn

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Liegt ein aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) vor (bitte Nachweis in Form einer Kopie beifügen)

Ja  Nein

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

4. Ist die verantwortliche Pflegefachkraft neben der Tätigkeit in der vollstationären Pflegeeinrichtung noch zuständig/verantwortlich für eine Einrichtung der

Kurzzeitpflege  Ja  Nein

vollstationäre/teilstationäre Pflege  Ja  Nein

ambulante Tourenpflege  Ja  Nein

wenn ja:

wöchentliche Arbeitszeit: .....

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden erfolgreich abgeschlossen.

Ja  Nein

6. Die verantwortliche Pflegefachkraft kann eine zweijährige Berufserfahrung in der Intensivpflege innerhalb der letzten 5 Jahren nachweisen (bitte Nachweis beifügen).

Ja  Nein

7. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Fachweiterbildung für Intensivpflege (bitte Nachweis beifügen).

Atmungstherapeut  Ja  Nein

im Bereich der akutstationären Intensivpflege  Ja  Nein  
(Fachweiterbildung in der Akutklinik >2.000 Stunden)

Expertenkurs „außerklinische Intensivpflege“ mind. 200 Stunden  Ja  Nein

8. Wer vertritt die verantwortliche Pflegefachkraft bei deren Ausfall?

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Lebenslange Beschäftigtennummer .....  
(LBNR – LBNR muss beantragt sein (Mindestangabe))

Adresse .....  
(freiwillige Angabe)

9. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examiniertensurkunde beifügen)

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- AltenpflegerIn

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Liegt ein aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) vor (bitte Nachweis in Form einer Kopie beifügen)

Ja  Nein

10. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

11. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft kann eine zweijährige Berufserfahrung in der Intensivpflege innerhalb der letzten 5 Jahren nachweisen (bitte Nachweis beifügen).

Ja       Nein

12. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft hat eine Fachweiterbildung für Intensivpflege (bitte Nachweis beifügen).

Atmungstherapeut  Ja       Nein

im Bereich der akutstationären Intensivpflege  Ja       Nein  
(Fachweiterbildung in der Akutklinik >2.000 Stunden)

Expertenkurs „außerklinische Intensivpflege“ mind. 200 Stunden  Ja       Nein

zweijährige Berufserfahrung in der Intensivpflege  Ja       Nein





Ist sichergestellt, dass der Anteil der erbrachten Leistungen durch geringfügig Beschäftigte unter 20% liegt?

Ja  Nein

Wird zudem angedacht auch Pflegefachkräfte einzusetzen, die sich im dritten Lehrjahr der Pflegeausbildung befinden?

Ja  Nein

Wenn ja, wie viele: .....(Vollzeitkraftäquivalente)

### **E. Leistungen (Punkte 1 bis 3 informatorische Angaben, Punkte 4 bis 12 verbindliche Angaben)**

1. Ist eine regelmäßige Betreuung durch weitere Fachärzte (Pulmologen, Anästhesisten, Neurologen, HNO, Orthopäde, Hausarzt) sichergestellt?

Ja  Nein

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

2. Ist die regelmäßige Betreuung durch Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Schlucktherapeuten, Ernährungsberater sichergestellt?

Ja  Nein

Name und Anschrift: .....  
.....

3. Besteht eine Kooperation mit einer Rehabilitationsklinik oder -abteilung?

Ja  Nein

Name des Arztes: .....  
zuständige Reha-Klinik, Anschrift: .....  
.....

4. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen Leistungserbringern erbracht?

Ja  Nein

Wenn ja, mit wem?

.....  
für welche Leistungen?  
.....

Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen.

5. Werden Pflege- und Therapieräume vorgehalten

Ja  Nein

Wenn ja, welche

besondere Räume für Tagesbetreuung

besondere Räume für Einzeltherapie

Ergotherapie

Krankengymnastik

Logopädie

besondere Räume für Tagesbetreuung

besondere Räume für Gruppenaktivitäten

Sport und Gymnastik

Badeabteilung

Freisitz / Terrasse

Garten

sonstiges:.....

6. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?

Ja  Nein

7. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen der vollstationären Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen (Leistungsbezug SGB XI) abgeschlossen?

Ja  Nein

8. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist Tag und Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar und gewährleistet Hilfe, ggf. in Kooperation mit anderen zugelassenen Leistungserbringern.

Ja  Nein

Wenn ja, wie (Rufnummer angeben):

.....  
.....

9. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement inkl. Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagement wurde bereits einrichtungsintern eingeführt.
- Ja (bitte Konzept beifügen)
- Nein
10. Werden die aktuellen Expertenstandards nach den gesetzlichen Vorgaben (§ 135a Abs. 1 SGB V bzw. §113a SGB XI) angewendet?
- Ja  Nein
11. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung wurde bereits bei der Datenauswertungsstelle (DAS) registriert
- Ja  Nein
12. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen
- Ja  Nein

## F. Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) (verbindliche Angaben)

1. frei wählbare Zusatzleistungen werden den Bewohnern angeboten
- Ja  Nein

Wenn ja:

- 1.1 besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung

eine separate Aufstellung der Zusatzleistungen ist in der Pflegeeinrichtung vorhanden (z. B. im Heimvertrag etc.) – ein Nachweis ist beizulegen

folgende Zusatzleistungen werden angeboten:

.....zu.....Euro

.....zu.....Euro

.....zu.....Euro

.....zu.....Euro

.....zu.....Euro

1.2 folgende zusätzliche pflegerischen Betreuungsleistungen werden angeboten:

- .....zu.....Euro
- .....zu.....Euro
- .....zu.....Euro
- .....zu.....Euro
- .....zu.....Euro

1.3 Die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sich, die Leistungen zu 1.1 und 1.2 vorab bei den vertragsschließenden Kranken- und Pflegekassen anzuzeigen

### G. Wirtschaftliche Selbständigkeit (verbindliche Angabe)

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der vollstationären Pflegeeinrichtung dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und Verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege 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

### H. Öffentliche Förderung der Betriebskosten (verbindliche Angabe)

Die Betriebskosten der vollstationären Pflegeeinrichtung werden bezuschusst:

- Ja       Nein

Die Förderung der Betriebskosten wird beantragt:

- Ja       Nein

Falls ja, durch wen/bei wem:

- Landkreis und/ oder Kommune
- Land
- sonstige Stellen

für welche Leistungen .....  
in welcher Höhe .....  
für welchen Zeitraum .....

## I. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen (verbindliche Angabe)

Wird die vollstationäre Pflegeeinrichtung hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert?

Ja       Nein

Wird die Förderung der betriebsnotwendigen Investitionen beantragt?

Ja       Nein

Falls ja, durch wen/bei wem

durch den Landkreis  
 durch die Kommune

In welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

..... Euro

..... Zeitraum

## J. Entgelt für Investitionsanteile

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet. (die Angabe ist verbindlich, wenn neben der Intensivpflege bspw. ein Angebot der Dauerpflege vorgehalten wird)

Ja       Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt: ..... Euro

## **K. Checkliste: Die nachstehenden Unterlagen/Nachweise werden für die Prüfung des Antrages benötigt:**

### **für den Geschäftsführer/Leiter**

- Unbedenklichkeitserklärung
- Aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate bei Antragsstellung)

### **für die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

- Aktuelles Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate bei Antragsstellung)
- Kopie des Arbeitsvertrages
- Kopie der Examinierungsurkunde
- Kopie der Weiterbildungsnachweise für leitende Funktion mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden (nur verantwortliche Pflegefachkraft)
- Kopie der Fachweiterbildung in der Intensivpflege
- Nachweise über die berufspraktische Tätigkeit von 2 Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

### **für die Pflegeeinrichtung**

- Kopie des Schreibens ARGE IK
- Kopie Handelsregistereintrag / Vereinseintragung in Abhängigkeit der juristischen Person
- Meldebestätigung örtliches Gesundheitsamt
- Meldebestätigung örtliches Finanzamt
- Meldebestätigung örtliches Arbeitsamt
- Nachweis Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
- Pflegekonzept/Einrichtungskonzept
- Qualitätsmanagementkonzept
- Nachweis bzgl. der Einhaltung der bei der Daten-Clearing-Stelle (DCS) gemachten Angaben zur Tariftreue i. V. m. den Regelungen des § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI
- Kooperationsvereinbarung mit anderen Leistungserbringern nach § 132I Abs. 5 SGB V
- Betriebserlaubnis der zuständigen Heimaufsichtsbehörde
- Nachweis der Baunutzungsgenehmigung oder entsprechende Gutachten
- etwaige Brandschutzauflagen
- Meldung beim Brandmeister des Bezirks (Feuerwehr)
- Arbeitsschutzkonzept (ist auf Verlangen vorzulegen)
- Notfallmanagementkonzept (ist auf Verlangen vorzulegen)
- Hygienekonzept (ist auf Verlangen vorzulegen)

Der/die antragstellenden Leistungserbringer/in bzw. die vertretungsberechtigte Person bestätigt, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht und alle erforderlichen Unterlagen in Farbe bzw. in hochauflösender Qualität beigelegt zu haben. Änderungen sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise mitzuteilen.

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Kranken- und Pflegekassenverbände nach § 284 Abs. 1 Satz 1 ff. SGB V und § 94 Abs. 1 ff SGB XI zum Zwecke der Beurteilung für den Antrag eines Versorgungsvertrages erhoben und verarbeitet. Das Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der notwendigen Prüfung führen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter anderem

<https://www.aok.de/pk/rechtliches/datenschutzrechte/> oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

**Hinweis für den/die antragstellenden Leistungserbringer/in bzw. die vertretungsberechtigte Person:**

**Die Bearbeitung des Antrages auf Abschluss des Versorgungsvertrages benötigt etwas Zeit. Erfahrungsgemäß sind ca. 6 bis 8 Wochen erforderlich. Wir bitten dies zu berücksichtigen, zumal der Versorgungsvertrag erst ausgefertigt werden kann, wenn alle Voraussetzungen vorliegen und auch nachgewiesen sind. Eine rückwirkende Vertragsausfertigung sowie eine rückwirkende Kostenübernahme sind leider nicht möglich.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der antragstellenden Leistungserbringers/in bzw. der vertretungsberechtigten Person

Dieser Strukturerhebungsbogen ist im Original vollständig ausgefüllt auf dem Postweg zu senden an:

AOK Baden-Württemberg  
GB 3.07 Verhandlungen und Verträge Care  
Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

Die Anlagen zum Strukturerhebungsbogen können neben dem Postweg auch an folgendes Postfach unter Nennung des „IK“ + „Zulassung stationäre Intensivpflege“ in der Betreffzeile gerichtet werden: [a99\\_3\\_07\\_zulassung\\_aki\\_bw@bw.aok.de](mailto:a99_3_07_zulassung_aki_bw@bw.aok.de)