

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

Gemeinsamer Strukturhebungsbogen zum Antrag eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung

zur Versorgung von BewohnerInnen mit schweren erworbenen Hirnschädigungen in der Phase F

(wir bitten darauf zu achten, dass eine Kostenübernahme vor Abschluss
des Versorgungsvertrages nicht möglich ist)

A. Allgemeine Angaben zur Einrichtung

1. Name der Einrichtung
.....
.....
- Straße
- Postfach
- PLZ/Ort
- Einrichtungsleitung
- Tel.-Nr./Telefax
- E-Mail
- Internetadresse
- Institutionskennzeichen (IK)
- Landkreis/kreisfreie Stadt
- Regierungsbezirk
- Beginn der Tätigkeit
(bzw. Datum der Umstrukturierung/ der Übernahme)

2. Besteht eine räumliche Anbindung an eine neurologische Rehabilitationsklinik?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, an welche?

.....
.....

Besteht eine räumliche Anbindung an eine Pflegeeinrichtung?

☐ Ja

☐ ☐ Nein

Wenn ja, an welche?

.....
.....

Ist eine Sozialstation an die Pflegeeinrichtung angeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein

3. Träger der Pflegeeinrichtung

Rechtsform

Geschäftsführer/in

Straße

PLZ/Ort

Tel.-Nr./Telefax

E-Mail

Status

☐ öffentlich

☐ freigemeinnützig

☐ privat

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land?
(z.B. Spitzenverband, Landesverband)

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

.....

B. Verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung

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

☐ Ja

☐ Nein

Name, Vorname

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

- ☐ Pflegefachfrau/Pflegefachmann
☐ Krankenschwester/Krankenpfleger
☐ Gesundheits- und KrankenpflegerIn
☐ Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
☐ Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
☐ Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

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

vollstationären Pflege

☐ ja

☐ nein

ambulanten Pflege

☐ Ja

☐ Nein

Tages-/Nachtpflege

☐ Ja

☐ Nein

Kurzzeitpflege

☐ Ja

☐ Nein

wenn ja:

wöchentliche Arbeitszeit:

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden besucht (bitte Nachweis beifügen).

☐ Ja

☐ Nein

6. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Fachweiterbildung im Bereich der Intensivpflege

☐ Ja

☐ Nein

sonstige Fachweiterbildung

☐ Ja

☐ Nein

welche:

(Bitte Nachweis beifügen)

7. Wer vertritt die verantwortliche Pflegefachkraft bei deren Ausfall?

Name, Vorname

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

- ☐ Pflegefachfrau/Pflegefachmann
☐ Krankenschwester/Krankenpfleger
☐ Gesundheits- und KrankenpflegerIn
☐ Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
☐ Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
☐ Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

9. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Fachweiterbildung

im Bereich der Intensivpflege ☐ Ja ☐ Nein

sonstige Fachweiterbildung ☐ Ja ☐ Nein

welche:

(Bitte Nachweis beifügen)

10. Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

C. Personelle Besetzung in der Pflege

Welcher Personalschlüssel wird angestrebt?

Welche Fachkraftquote ist vorgesehen

Organisationsplanung

Schichtbesetzung:

Werktage	FD		SD		ND	
Wochenenden	FD		SD		ND	

Personalentwicklung

Jahresfortbildungsplan (wenn ja, bitte beifügen) ☐ Ja ☐ Nein

Fortbildungsstunden pro VK/ Jahr

Spezielle Qualifikation

	Personen	Anteil %
Fachkrankenschwester/ -pfleger		
Grundkurs: Bobath-Konzept Pflege		
Grundkurs: Kinästhetik		
Grundkurs: Basale Stimulation		
Grundkurs: Affolter Konzept		
Grundkurs: Facio-Orale-Trakt-Therapie		

	Anzahl der Mitarbeiter		
	Vollzeit	Teilzeit (inkl. Stun- denumfang)	geringfügig Beschäftigte
I. Pflege- und Betreuungsbereich			
Pflegefachfrau/-mann			
Krankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und KrankenpflegerIn			
Kinderkrankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn			
Altenpfleger/in			
Haus- und Familienpflegehelfer/in			
Krankenpflegehelfer/in			
Altenpflegehelfer/in			
Heilerziehungspfleger/in			
Heilerzieher/in			
Betreuungskräfte gem. § 43 b ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)			
II. Auszubildende			
Auszubildende und Praktikant/in			
Schüler/in zur/zum Pflegefachfrau/-mann			
Schüler/in der Altenpflege			
Schüler/in der Heilerziehungspflege			
Schüler/in der Krankenpflege			
Erzieher/in im Anerkennungspraktikum			
Vorpraktikant/in in der Pflege/Hauswirt- schaft			
sonstige Auszubildende/Praktikant/innen			

*) Welche Ausbildung?

.....

Sonstige personelle Besetzung

	Anzahl der Mitarbeiter		
	Vollzeit	Teilzeit (inkl. Stundenumfang)	geringfügig Beschäftigte
I. Hauswirtschaftsbereich			
Hauswirtschaftler/in			
Fachhauswirtschaftler/in			
Wirtschafter/in			
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)			
Ökotrophologe/in			
ohne tätigkeitspezif. Ausbildung *)			
II. Verwaltung			
Verwaltungskräfte			
III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeits-/Ergotherapeutin			
Diakon/in			
Erzieher/in			
Heilpädagoge/in			
Krankengymnast/in			
Logopäde/in			
Masseur/in, Bademeister/in			
Musiktherapeut/in			
Pädagoge/in			
Psychagoge/in			
Psychologe/in			
Rhythmuslehrer/in			
Sonderpädagoge/in			
Sozialarbeiter/in			
Sozialpädagoge/in			
Soziologe/in			
Sportlehrer/in			
Theologe/in			
Sonstige			
IV. Haustechnischer Bereich			
technisches Personal			
Raumpfleger/in			
Küchenpersonal			

*) Welche Ausbildung

.....

Bemerkungen zu Kooperationen oder Besetzungsplanungen:

.....

.....

.....

D. Angaben zum Leistungsumfang

Allgemeine Angaben

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

ambulanten Pflegedienst	☐ Ja	☐ Nein
teilstationäre Pflegeeinrichtung	☐ Ja Plätze	☐ Nein
vollstationäre Pflegeeinrichtung	☐ Ja Plätze	☐ Nein
Kurzzeitpflegeeinrichtung	☐ Ja Plätze	☐ Nein
Krankenhauseinrichtung	☐ Ja	☐ Nein

Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch einen/eine

ambulanten Pflegedienst	☐ Ja	☐ Nein
teilstationäre Pflegeeinrichtung	☐ Ja Plätze	☐ Nein
vollstationäre Pflegeeinrichtung	☐ Ja Plätze	☐ Nein
Kurzzeitpflegeeinrichtung	☐ Ja Plätze	☐ Nein
Krankenhauseinrichtung	☐ Ja	☐ Nein

2. Liegt ein Pflegekonzept für die Pflege und Behandlung von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen vor? (wenn ja, bitte beifügen)

☐ Ja ☐ Nein

3. Ist sichergestellt, dass die Anforderungen des Bayerischen Rahmenkonzeptes Phase F vom 22.10.2004 erfüllt werden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, warum nicht?

.....
.....

4. Die Schwerpunkteinrichtung soll innerhalb von 3 Jahren einen Pflegeexpertenanteil von mindestens 25% vorhalten. Wurden bereits Maßnahmen zur Umsetzung ergriffen?

☐ Ja

☐ Noch nicht, jedoch geplant für

☐ Nein

5. Ist eine regelmäßige konsiliarärztliche Betreuung durch einen Arzt einer Reha-Klinik sichergestellt?

☐ Ja

☐ Nein

Name des Arztes:

zuständige Reha-Klinik, Anschrift:
.....

6. Ist die regelmäßige konsiliarärztliche Betreuung durch einen Facharzt für Neurologie oder Rehabilitationsmedizin sichergestellt?

☐ Ja

☐ Nein

Name und Anschrift des Arztes:

.....

oder

besteht eine Kooperation mit einer Rehabilitationsklinik oder -abteilung?

☐ Ja

☐ Nein

Name des Arztes:

zuständige Reha-Klinik, Anschrift:
.....

7. Sind weitere niedergelassene Ärzte in die Betreuung eingebunden?

☐ Ja

☐ Nein

wenn ja, bitte Fachgebietsbezeichnung angeben:

.....
.....

8. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?

☐ Ja

☐ Nein

9. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?

☐ Ja

☐ Nein

10. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement inkl. Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagement wurde bereits einrichtungsintern eingeführt.

☐ Ja, seit

(Datum der Einführung)

☐ Noch nicht, jedoch geplant für

(Datum der Einführung, spätestens mit Vertragsbeginn)

Gemeinsamer Strukturhebungsbogen zum Antrag eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI

11. Wird die Versorgung der Versicherten entsprechend dem allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse durchgeführt? (§ 11 Abs. 1 SGB XI)

☐ Ja

☐ Nein

12. Besteht für diese Einrichtung eine Tarifbindung/-Anlehnung oder werden die Arbeitnehmenden, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung erbringen, 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.

13. Die Pflegeeinrichtung erbringt zusätzliche Leistungen zur Betreuung und Aktivierung gemäß § 43 b SGB XI?

☐ Ja

☐ Nein

Weitere Angaben zur Einrichtung

Zuständige Aufsichtsbehörde nach dem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG)

.....

Die Aufnahme des Betriebes wurde angezeigt am

Der Träger verfügt über eine ausreichende Betriebs- und Berufshaftpflicht.

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, Versicherungsnummer:

Der Träger ist gemeldet bei der BG für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege.

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, Versicherungsnummer:

Wirtschaftliche Selbständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe der Pflege-Buchführungs-Verordnung sichergestellt?

☐ Ja

☐ Nein

Ist sichergestellt, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind?

☐ Ja

☐ Nein

Platzzahl

a) Ganzjährig vorgehalten werden sollen vollstationäre Plätze

b) Davon werden vorgehalten

in Einbettzimmern

..... Plätze

in Zweibettzimmern

..... Plätze

Art der Belegung

Bitte geben Sie Ihre Zielgruppe an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In die Pflegeeinrichtung werden bestimmte Personengruppen **nicht** aufgenommen, und zwar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden bezuschusst.

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, durch wen:

☐ Landkreis und/oder Kommune

☐ Land

☐ sonstige Stellen

für welche Leistungen

.....

in welcher Höhe

für welchen Zeitraum

F. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

Wird die Pflegeeinrichtung hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, durch wen

☐ durch das Land

☐ durch die Kommune/den Landkreis

in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

..... Euro

..... Zeitraum

Entgelt für Investitionsanteile

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt:

..... Euro

G. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit

Sonderleistungen

Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen hinaus ist geplant, zusätzliche Leistungen anzubieten.

☐ Ja

☐ Nein

a) Zusätzliche betreuerische Leistungen

Leistung	Entgelt
.....	 Euro
.....	 Euro
.....	 Euro

b) Werden von der Pflegeeinrichtung weitere Leistungen angeboten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche Leistungen?

Leistungen		Entgelt
Hausnotrufdienst	☐	 Euro
Kurse für häusliche Pflege	☐	 Euro
Essen auf Rädern	☐	 Euro
Pflegehilfsmittelverleih	☐	 Euro
Sonstige:	☐	 Euro

H. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

a) Pflege- und Therapieräume

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| besondere Räume für Tagesbetreuung | ☐ |
| besondere Räume für Einzeltherapie | ☐ |
| Ergotherapie | ☐ |
| Krankengymnastik | ☐ |
| Logopädie | ☐ |

b) besondere Räume für weitere Aktivitäten

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Sport bzw. Gymnastik | ☐ |
| Badeabteilung | ☐ |
| Freisitz | ☐ |
| Garten | ☐ |
| Gästezimmer f. Angehörige | ☐ |

c) Inventar

Werden die in den Anlagen genannten Ausstattungsgegenstände vollständig vorgehalten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn nein, welche fehlen und weshalb?

.....
.....

d) Bauliche Ausstattung

Wird die in Anlage II des Rahmenkonzeptes beschriebene bauliche Ausstattung eingehalten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn nein, weshalb

.....
.....

e) Sonstige Ausstattung

Die Versorgung von Bewohnern mit multiresistenten Keimen ist in der Pflegeeinrichtung möglich

☐ Ja

☐ Nein

Die Versorgung von beatmungspflichtigen Bewohnern ist in der Pflegeeinrichtung möglich

☐ Ja

☐ Nein

I. Weitere Unterlagen/ Nachweise

Darüber hinaus werden die nachstehenden Unterlagen/ Nachweise für die Prüfung Ihres Antrages benötigt.

für den Geschäftsführer/Leiter

- Unbedenklichkeitserklärung

für die verantwortliche Pflegefachkraft

- Nachweise über die berufspraktische Tätigkeit von 2 Jahren innerhalb der letzten acht Jahre vor der Antragstellung nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Nachweis einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden

für die Einrichtung

- Meldung beim Gesundheitsamt/FQA
- Pflegesatzantrag
- Einrichtungskonzept

Weitere Unterlagen:

- Nachweise zur Rechtsform (nicht älter als 3 Monate): Erklärung zum Gesellschafterbestand (GbR) oder Auszug aus dem Handelsregister bzw. Vereinsregister
- Auskunftsbogen
- Erklärung PDL und PDLV

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben 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. Ihr 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 www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

Hinweis:

- **Es ist bekannt, dass ein Versorgungsvertrag erst ausgefertigt werden kann, wenn alle Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Diese werden u.U. abschließend im Rahmen eines Ortstermins überprüft.**
- **Eine rückwirkende Vertragsausfertigung erfolgt nicht.**
- **Eine Kostenübernahme der Pflegekassen vor Abschluss des Versorgungsvertrages ist nicht möglich.**

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift