

# Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen

## für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

### I. Allgemeine Angaben

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt die Zulassung zur Versorgung durch Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI. Die Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung ist für **Monat** ..... **20**..... vorgesehen.

#### **A) Angaben zur Einrichtung**

Name der Einrichtung : .....

: .....

Straße : .....

PLZ/Ort : .....

Heimleiter/in : .....

verantwortliche Pflegefachkraft : .....

Tel.-Nr. : .....

Fax-Nr. : .....

E-Mail: : .....

IK-Kennzeichen : .....

Landkreis/kreisfreie Stadt : .....

#### **B) Angaben zum Träger**

Träger der Einrichtung : .....

: .....

Rechtsform : .....

Straße : .....

PLZ/Ort : .....

Geschäftsführer/in : .....

Tel.-Nr. : .....

Fax-Nr. : .....

E-Mail : .....

**C) Status des Trägers**

- öffentlich                       freigemeinnützig                       privat

**D) Angaben zur Trägervereinigung**

**1. Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land?**

- ja     nein

**2. Wenn ja, welche:** .....

**E) Weitere Einrichtungen des Trägers**

**1. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch eine**

- ambulante Pflegeeinrichtung:
- teilstationäre Pflegeeinrichtung:
- Kurzzeitpflegeeinrichtung:
- Krankenhauseinrichtung:
- sonstige Einrichtung:                       welche:.....

**2. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch eine**

- ambulante Pflegeeinrichtung:
- teilstationäre Pflegeeinrichtung:
- Kurzzeitpflegeeinrichtung:
- Krankenhauseinrichtung:
- sonstige Einrichtung:                       welche:.....

**F) Weitere Angaben**

**Anzeigepflicht nach § 4 Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG):**

**1. Die Anzeige der Aufnahme des Heimbetriebes bei der zuständigen Aufsichtsbehörde erfolgt(e) am:** .....

*Bitte Bestätigung der Anzeige nach § 4 SächsBeWoG beifügen oder ggf. nachreichen.*

**2. Es wurden Anordnungen erlassen:**                       ja     nein

*Wenn ja, bitte Anordnungsbescheid der Heimaufsicht und Stellungnahme des Trägers beifügen.*

## **II. Angaben zur Struktur der Einrichtung**

### **A) Wirtschaftliche Selbstständigkeit**

Ist die wirtschaftliche Selbstständigkeit der Pflegeeinrichtung ab dem beabsichtigten Inkrafttreten des Versorgungsvertrages dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und -verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der vollstationären Pflege klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben der Pflegeeinrichtung abgegrenzt sind, und das Rechnungswesen entspricht den gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der ordnungsgemäßen Buchführung<sup>1</sup>?

ja

nein

### **B) Verantwortliche Pflegefachkräfte**

**1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft (PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung gegeben?**

ja

nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

**2. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:**

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Altenpfleger/in

Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

*Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen.*

**3. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) übt diese Tätigkeit in einem hauptberuflichen Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus:**

ja

nein

*Bitte entsprechenden Nachweis beifügen.*

**4. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) hat ihren unter 2. genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt:**

ja

nein

*Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen.*

---

<sup>1</sup> Bis zum In-Kraft-Treten der gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung gilt die Rechtsverordnung gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI.

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) ist im Besitz des Abschlusses einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll:

ja

nein

*Bitte entsprechenden Nachweis beifügen.*

6. Ist der Einsatz der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft (stv. PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung gewährleistet?

ja

nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

7. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Altenpfleger/in

Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

*Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen.*

### C) Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit

1. Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI:

Über die im Pflegesatz zu vereinbarenden Leistungen für Pflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege hinaus bietet die Pflegeeinrichtung zusätzliche Leistungen gemäß § 88 SGB XI an:

ja

nein

*Wenn ja, bitte Übersicht beilegen.*

2. Öffentliche Förderung der Betriebskosten:

Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden bezuschusst (z. B. durch Kommune, Landkreis, Land, Bund).

ja

nein

**3. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen/Instandhaltung**

Die Pflegeeinrichtung wurde/wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investition/Instandhaltungen gefördert:

ja

nein

**4. Beteiligung der Pflegebedürftigen am Investitionsaufwand**

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet:

ja

nein

**5. Platzzahl**

**a) Vorgehalten werden ..... vollstationäre Pflegeplätze.**

In der Einrichtung werden weiterhin vorgehalten:

.....vollstationäre Wohnplätze

.....Kurzzeitpflegeplätze.

**b) Von den vollstationären Pflegeplätzen werden vorgehalten:**

in Einzelzimmern.....Pflegeplätze

in Zweibettzimmern.....Pflegeplätze

**6. Versorgte Personenkreise**

a) Die Pflegeeinrichtung hat KEINEN fachlichen Schwerpunkt   
oder

die Pflegeeinrichtung hat folgende/n fachliche/n Schwerpunkt/e:

Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit Körperbehinderung

Menschen mit chronisch-psychischen Erkrankungen

Menschen mit Beatmungspflicht

Menschen mit Wachkoma (Phase F) bzw. vergleichbarem Hilfebedarf

Menschen mit AIDS-Erkrankungen

Menschen mit Multipler Sklerose-Erkrankung

**b) Die Pflegeeinrichtung erbringt für folgende Altersgruppen Leistungen nach SGB XI:**

- pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- pflegebedürftige erwachsene Menschen

**c) Ausschluss von Personengruppen**

Für folgende Personengruppen werden durch die Pflegeeinrichtung keine Leistungen erbracht:

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

**7. Weiteres Leistungsangebot**

**a) Von der Pflegeeinrichtung bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten:**

- Krankengymnastik
- Sprachtherapie
- Beschäftigungstherapie
- physikalische Therapie
- Psychotherapie
- Hausnotrufdienst
- Kurse für häusliche Pflege
- Essen auf Rädern
- sonstige .....

**b) Erbringt die Pflegeeinrichtung Leistungen nach § 43b SGB XI?**

- ja  nein

**8. Ausstattung der Pflegeeinrichtung**

- a) Anzahl der Gemeinschaftsräume : .....
- Anzahl der Therapieräume : .....
- Außenanlage : ..... m<sup>2</sup>

b) bauliche/räumliche Besonderheiten:

.....  
.....

### **III. Allgemeines**

A) Bitte fügen Sie die pflegerische Konzeption<sup>2</sup>, nach der Sie Ihre Leistungen erbringen, schriftlich bei!

B) Wird ein schriftlicher Heimvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?

ja

nein

*Bitte Muster beifügen.*

C) Wird eine Pflegedokumentation für den Pflegebedürftigen geführt?

ja

nein

Name des verwendeten Pflegedokumentationssystems: .....

*Sofern ein individuelles Pflegedokumentationssystem genutzt wird, bitte Muster beifügen.*

### **IV. Angaben zu weiteren Zulassungskriterien**

A) Zahlt der Träger eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an seine Beschäftigten?

ja

nein

Wird nach Tarif/AVR gezahlt?

ja

- nach welchem Tarif/AVR: .....

- gültig seit bzw. ab wann: .....

- Wo ist dieser veröffentlicht bzw. kann eingesehen werden?  
(Bitte Internetadresse angeben.) Sofern der Tarifvertrag nicht öffentlich einsehbar ist, bitten wir um Übersendung.

.....

nein

Angabe jährliches Arbeitnehmerbrutto (Bandbreite) ausgehend von einer Vollzeitätigkeit von 40 Wochenstunden:

- Pflegefachkraft von ..... € bis ..... €

- Pflegehilfskraft von ..... € bis ..... €

<sup>2</sup> gemäß der Orientierungshilfe zur Konzeptionsentwicklung für Pflegeeinrichtungen des Landespflegeausschusses des Freistaates Sachsen von 2018

**B) Wird einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement nach Maßgaben der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI eingeführt und weiterentwickelt?**

ja

nein

*Bitte fügen Sie ein terminlich untersetztes Konzept für das interne Qualitätsmanagement bei, sofern dies nicht Bestandteil der pflegerischen Konzeption ist.*

**C) Werden nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger alle Expertenstandards gemäß § 113a SGB XI angewandt?**

ja

nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Trägers  
(vertretungsberechtigte Person)