Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen der Landesverbände der Pflegekassen

**für vollstationäre Pflegeeinrichtungen**

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**

1. Einrichtung

Name 1 der Einrichtung

Name 2 der Einrichtung

Straße

PLZ, Ort

Heimleiter/in

Landkreis/kreisfreie Stadt

Telefon/Telefax

E-Mail

Institutionskennzeichen der **vollstationären** Pflegeeinrichtung

b) Träger der Einrichtung

Name 1 des Trägers

Name 2 des Trägers

Rechtsform

Straße

PLZ, Ort

Geschäftsführer/in

Telefon/Telefax

E-Mail

Der Strukturerhebungsbogen ist durch die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Thüringen inhaltlich

abgestimmt und darf nicht verändert werden.

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 Institutions-  kennzeichen | Anzahl der Plätze | Anschrift |
| ambulante Pflegedienste |  | ---- |  |
| Wohngruppen (nach PNG) | ---- |  |  |
| teilstationäre Pflegeeinrichtungen |  |  |  |
| Kurzzeitpflege-einrichtungen |  |  |  |
| vollstationäre Pflegeeinrichtungen *(einschl. Wachkoma, Beatmung, psych. und seel. Behinderung)* |  |  |  |
| 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 vollstationäre Pflegeplätze 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**  **Vollzeitbe-**  **schäftigten** | **Anzahl der Teilzeit-beschäf-tigten** | **Teilzeitbe-**  **schäftigte,**  **umgerechnet**  **in Vollzeitkräfte** | **Anzahl der**  **geringfügig**  **beschäftigten**  **Mitarbeiter** |
| **I. Pflege- und Betreuungsbereich** |  |  |  |  |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger |  |  |  |  |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger |  |  |  |  |
| Altenpfleger/in |  |  |  |  |
| Familienpfleger/in |  |  |  |  |
| Krankenpflegehelfer/in |  |  |  |  |
| Altenpflegehelfer/in |  |  |  |  |
| Familienpflegerhelfer/in |  |  |  |  |
| Dorfhelfer/in |  |  |  |  |
| Familienbetreuer/in |  |  |  |  |
| Heilerziehungspfleger/in |  |  |  |  |
| Hebamme/Geburtshelfer |  |  |  |  |
| ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung  (Angaben der Ausbildung)\* |  |  |  |  |
| II. Auszubildende |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| **III. Hauswirtschaftsbereich** |  |  |  |  |
| 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**  **Vollzeitbe-**  **schäftigten** | **Anzahl der Teilzeit-beschäf-tigten** | **Teilzeitbe-**  **schäftigte,**  **umgerechnet**  **in Vollzeitkräfte** | **Anzahl der**  **geringfügig**  **be-**  **schäftigten**  **Mitarbeiter** |
| **I. Verwaltung** |  |  |  |  |
| Verwaltungskräfte |  |  |  |  |
| Verwaltungsfachkräfte |  |  |  |  |
| **II. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst** |  |  |  |  |
| Ärztin/Arzt |  |  |  |  |
| Beschäftigungs-/Arbeitstherapeut/in, Ergotherapeut/in |  |  |  |  |
| Diakon/in |  |  |  |  |
| Erzieher/in |  |  |  |  |
| Heilpädagoge/in |  |  |  |  |
| Krankengymnast/in |  |  |  |  |
| Logopäde/in |  |  |  |  |
| Masseur/in, med. Bademeister/in |  |  |  |  |
| Musiktherapeut/in |  |  |  |  |
| Pädagoge/in |  |  |  |  |
| Psychagoge/in |  |  |  |  |
| Psychologe/in |  |  |  |  |
| Rhythmiklehrer/in |  |  |  |  |
| Sonderpädagoge/in |  |  |  |  |
| Sozialarbeiter/in |  |  |  |  |
| Sozialpädagoge/in |  |  |  |  |
| Sportlehrer/in |  |  |  |  |
| Theologe/in |  |  |  |  |
| Sonstiges |  |  |  |  |
| III. Bundesfreiwilligendienst |  |  |  |  |
| Bundesfreiwilligendienst |  |  |  |  |
| **IV. haustechnischer Bereich** |  |  |  |  |
| 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.

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

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/Stempel des Trägers

(Vertretungsberechtigte Person/en)