G e m e i n s a m e r

T e i l s t r u k t u r e r h e b u n g s b o g e n

der Landesverbände der Pflegekassen in Hessen für **stationäre** Pflegeeinrichtungen

Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____
Heimleiter/in	_____
Geschäftsführer/in	_____
Tel.-Nr./Telefax	_____
IK – Kennzeichen	_____
E- Mail- Adresse	_____
Homepage	_____
Berufsverband	_____

Anzeige des Wechsels der verantwortlichen und/ oder stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft

Der Wechsel wird angezeigt für:

❒ Verantwortliche Pflegefachkraft (Bitte machen Sie die entsprechenden Angaben unter Buchstabe A.)

Die bisherige verantwortliche Pflegefachkraft,

Name, Vorname .....,

hat diese Funktion bis zum ……. (Datum) ausgeübt.

❒ Stellvertretende Pflegefachkraft (Bitte machen Sie die entsprechenden Angaben unter Buchstabe B.)

Die bisherige stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft,

Name, Vorname .....,

hat diese Funktion bis zum ……. (Datum) ausgeübt.

A. Verantwortliche Pflegefachkraft

- **Bitte entsprechende Nachweise im Original oder als beglaubigte Kopie/n beifügen**

1. Die Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft wird ausgeübt von

   Name, Vorname .....

   Sie/ Er hat die Tätigkeit ab folgendem Zeitpunkt übernommen: ..... (Datum)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

   - ❒ Krankenschwester/Krankenpfleger
   - ❒ Gesundheits- und Krankenpfleger/In
   - ❒ Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
   - ❒ Altenpflegerin/Altenpfleger mit staatlicher Anerkennung
   - ❒ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

   entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist in unserer stationären Einrichtung in Vollzeit beschäftigt.

   ❒ ja, seit dem _____ (Bitte genaues Datum angeben)

   ❒ nein, mit einem_____ Anteil einer Vollzeitstelle seit dem _____ (Bitte genaues Datum angeben)

   Die verantwortliche Pflegefachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin der Pflegeeinrichtung

   ❒ ja ❒ nein

   Die verantwortliche Pflegefachkraft ist Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Diakonissin oder Kirchenbeamter.

   ❒ ja ❒ nein

   Wenn ja: Es ist ein Gestellungsvertrag geschlossen.

   ❒ ja ❒ nein

   Wenn ja: Der Einrichtungsträger versichert, dass die verantwortliche Pflegefachkraft in allen Fragen der qualitätsgesicherten Leistungserbringung im Sinne der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI ihm weisungsgebunden ist.

   ❒ ja ❒ nein

   Die verantwortliche Pflegefachkraft ist auch Heimleitung gemäß § 9 Abs. 1 HGBP

   ❒ ja ❒ nein

   wenn ja: Sie ist mit einem

_____ Anteil einer Vollzeitstelle als verantwortliche Pflegefachkraft tätig.

_____ Anteil einer Vollzeitstelle als Heimleitung tätig.

wenn ja: Haben Sie bereits mit der zuständigen Betreuungs- und Pflegeaufsicht geklärt, ob die Personalunion auch nach den Vorgaben des HGBP möglich ist?

❒ ja ❒ nein

ACHTUNG: Das HGBP macht eigene Vorgaben zur Personalunion von Heimleitung und verantw. Pflegefachkraft, die zu beachten sind! Bitte setzen Sie sich ggfs. zur Klärung unverzüglich mit der zuständigen Betreuungs- und Pflegeaufsicht in Verbindung.

4. Entsprechend § 71 Abs. 3 SGB XI wurde die praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf innerhalb der letzten 8 Jahre in folgender Einrichtung/folgenden Einrichtungen erworben:

vom – bis:	Arbeitgeber:	beschäftigt als:	wöchentliche Arbeitszeit in Std.
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

5. Der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden oder der Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität liegt vor.

❒ ja ❒ nein

So weit der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 460 Stunden vorliegt, wird vom Unterzeichner bestätigt, dass die Maßnahme folgende Inhalte umfasste:

a) Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen),

❒ ja ❒ nein

b) psychosoziale und kommunikative Kompetenz

❒ ja ❒ nein

c) Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation)

❒ ja ❒ nein

So weit der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 460 Stunden vorliegt, wird vom Unterzeichner ferner bestätigt, dass von der Gesamtstundenzahl mindestens 20% oder 150 Stunden in Präsenzphasen vermittelt wurden.

❒ ja ❒ nein

6. Die verantwortliche Pflegefachkraft in der stationären Pflege ist gleichzeitig auch für die ambulante Pflegeeinrichtung zuständig?

❒ ja ❒ nein

7. Wurde der Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft bereits der zuständigen Betreuungs- und Pflegeaufsicht in Hessen mitgeteilt?

❒ ja ❒ nein

Wenn nein, dann bitte unverzüglich nachholen!

B. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

- **Bitte entsprechende Nachweise im Original oder als beglaubigte Kopie/n beifügen**

1. Die Tätigkeit als stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft wird ausgeübt von

   Name, Vorname .....

   Sie/ Er hat die Tätigkeit ab folgendem Zeitpunkt übernommen: ..... (Datum)

2. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

   - ❒ Krankenschwester/Krankenpfleger
   - ❒ Gesundheits- und Krankenpfleger/In
   - ❒ Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger
   - ❒ Altenpflegerin/Altenpfleger mit staatlicher Anerkennung
   - ❒ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

   entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung steht in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis.

   ❒ ja, seit dem _____ ❒ nein

   Bitte genaues Datum angeben!

   Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin der Pflegeeinrichtung

   ❒ ja ❒ nein

   Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Diakonissin oder Kirchenbeamter.

   ❒ ja ❒ nein

   Wenn ja: Es ist ein Gestellungsvertrag geschlossen.

   ❒ ja ❒ nein

   Wenn ja: Der Einrichtungsträger versichert, dass die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in allen Fragen der qualitätsgesicherten Leistungserbringung im Sinne der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI ihm weisungsgebunden ist.

   ❒ ja ❒ nein

4. Die stellv. verantwortliche Pflegefachkraft ist auch Heimleitung gemäß § 9 Abs. 1 HGBP.

❒ ja ❒ nein

Wenn ja: Ist die Freistellung zur Übernahme der Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft im Vertretungsfall sichergestellt?

❒ ja ❒ nein

Wenn nein: Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft ist wie folgt geregelt:

_____

5. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in der stationären Pflege ist gleichzeitig auch für die ambulante Pflegeeinrichtung zuständig?

❒ ja ❒ nein

ACHTUNG: So weit die verantwortliche oder die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft auch Bereichsleitung eines speziellen Leistungsbereichs (z.B. für Phase F oder Beatmungspflege) sind, müssen sie unabhängig von den hier abgeprüften Voraussetzungen auch die im Versorgungsvertrag und/ oder in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen vereinbarten weiteren qualifikatorischen Anforderungen erfüllen!

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §72 SGB XI i.V.m. §71 SGB XI erhoben und verarbeitet.
Damit wir unsere Aufgabe der Zulassungsprüfung zur Pflege rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.

Sollte für die Übermittlung der Daten die Einwilligung von Mitarbeitenden erforderlich sein, versichert der Vertragspartner / die Antragstellerin / der Antragsteller, dass diese erteilt ist.

Die Richtigkeit der Angaben auf den Seiten 1 bis 6 wird bestätigt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Einrichtungsträgers

Originalantrag bitte an folgende Adresse senden:

AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen
Kölner Str. 8
65760 Eschborn

ACHTUNG: Folgende Unterlagen sind im Original oder als beglaubigte Kopie/n unbedingt beizufügen:

- **Urkunde der staatlichen Anerkennung**
- **Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)**
- **Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden oder Nachweis über den erfolgreichen Abschluss eines entsprechenden Studiums**

- **Ferner ist eine Kopie des Arbeitsvertrages beizufügen, bei der die Angaben zum Gehalt geschwärzt werden können (entfällt bei eigener Inhaberschaft) sowie**
- **Der Sozialversicherungsnachweis (DEÜV Meldung, entfällt bei eigener Inhaberschaft)**