Strukturerhebungsbogen für Einrichtungen der vollstationären Pflege – vollstationäre Pflegeeinrichtung gem. § 43 SGB XI zur Beantragung eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI

vollstationäre Pflegeeinrichtung ❑

vollstationäre Pflegeeinrichtung einschl. eingestreuter Kurzzeitpflege ❑

vollstationäre Pflegeeinrichtung einschl. solitärer Kurzzeitpflege ❑

Unterlagen bzw. Informationen, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht vorliegen, sind unverzüglich nachzureichen.

I. Allgemeine Angaben

1. Name der Einrichtung : _____
   Straße : _____
   Postfach : _____
   PLZ/Ort : _____
   GeschäftsführerIn oder InhaberIn : _____
   HeimleiterIn : _____
   Verantwortliche Pflegefachkraft : _____
   Stellvertr. verantwortliche Pflegefachkraft : _____
   Telefon/Fax : _____
   Handy-Nr. : _____
   E-Mail : _____
   Website : _____
   Institutionskennzeichen (IK) vollstat. Pflege
   einschl. eingestreuter KP* : _____
   Institutionskennzeichen (IK)
   der solitären Kurzzeitpflege* : _____
   Betriebsnummer : _____
   Landkreis/ kreisfreie Stadt : _____

* **Bitte Schreiben der ARGE-IK beifügen**

2. Träger der Einrichtung : _____

Rechtsform : _____

Straße : _____

Postfach : _____

PLZ/ Ort : _____

Tel.-Nr./ Telefax : _____

Beizufügende Angaben über die Gesellschafter bei der Rechtsform

❑ einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR):

Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck;

❑ einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH):

Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts;

❑ eines eingetragenen Vereins (e.V.):

Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister;

❑ Für andere Gesellschaftsformen (z. B. OHG, KG, AG. Partnergesellschaften sowie Mischformen) und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts gelten die vorstehenden Nachweispflichten entsprechend.

3. Status: ❑öffentlich ❑freigemeinnützig ❑privat

Ist die Zugehörigkeit zu einer Vereinigung/einem Verband von Trägern von Pflegeeinrichtungen beabsichtigt?

❑ Ja ❑ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen der Vereinigung/des Verbandes an:

_____

4. Belegung und Leistungen

Wie viele Pflegeplätze werden in der Einrichtung insgesamt vorgehalten?

____ Pflegeplätze ab _____

Diese Gesamtplatzzahl setzt sich zusammen aus:

____ Plätzen in der vollstationären Pflege

(ggf. einschließlich Plätzen in der eingestreuten Kurzzeitpflege)

in ____ Einzelzimmern und ____ Doppelzimmern

und/oder

____ Plätzen in der Kurzzeitpflege der vollstationären Pflegeeinrichtung
(sog. solitäre Kurzzeitpflege)

In ____ Einzelzimmern und ____ Doppelzimmern.

Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort oder im räumlichen Verbund auch eine

ambulante Pflegeeinrichtung ❑ Ja ❑ Nein

teilstationäre Pflegeeinrichtung ❑ Ja ❑ Nein

Kurzzeitpflegeeinrichtung ❑ Ja ❑ Nein

sonstige Einrichtung ❑ Ja ❑ Nein (z. B. Krankenhaus, Betreutes Wohnen, Reha-Einrichtung, Behinderteneinrichtung usw.)

Wenn ja, geben Sie bitte die Namen und Anschriften der Pflegeeinrichtungen/sonstigen Einrichtungen an:

_____

_____

5. Wirtschaftliche Selbständigkeit

Es ist sichergestellt, dass die Pflegeeinrichtung ihre allgemeinen Pflegeleistungen sowie die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung ab **Zulassung** wirtschaftlich selbstständig erbringt, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichen in der Einrichtung im Rahmen einer doppelten Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsätzen getrennt werden.

❑Ja ❑ Nein

II. Vertragsvoraussetzungen

1. betriebsbezogen

I. Bestätigung bzw. Freigabe der anzeigepflichtigen/ erlaubnispflichtigen Meldungen durch die zuständige Behörde (z.B. Gesundheitsamt/ Gewerbeamt/ Finanzamt) bzw. eine entsprechende Bestätigung der heimrechtlichen Aufsichtsbehörde liegen vor

❑ ja ❑ nein

Nachweise bitte beifügen.

II. Mitgliedschaft der zuständigen Berufsgenossenschaft

❑ ja ❑ nein

Nachweis bitte beifügen.

III. Eine ausreichende Betriebs-/ Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden wurde abgeschlossen

❑ ja ❑ nein

Nachweis bitte beifügen

IV. Vergabe einer Betriebsnummer für die vollstationäre Pflegeeinrichtung

❑ ja ❑ nein

Nachweis bitte beifügen.

V. Das Konzept der vollstationären Pflegeeinrichtung

❑ ja ❑ nein

Kopie bitte beifügen.

VI. Plan der Einrichtung mit qm und Raumzweck (nach DIN 277)

Kopie bitte beifügen.

VII. Miet-/(Erb-) Pachtvertrag oder Nachweis über das Eigentum der Einrichtung (Grundbuchauszug)

Kopie bitte beifügen.

VIII. Nachweis der erfolgreichen heimaufsichtsrechtlichen Abnahmebegehung

Kopie bitte beifügen.

IX. Ein Musterpflegevertrag zwischen dem Bewohner und der vollstationären Pflegeeinrichtung ist beigefügt

❑ ja ❑ nein

2. personell

Die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft ist ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der vollstationären Pflegeeinrichtung gegeben.

Name der verantwortlichen Pflegefachkraft:

_____

Die verantwortliche Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit ausschließlich in der vollstationären Pflegeeinrichtung aus

❑ ja ❑ nein

Wenn nein,

die Tätigkeit wird gleichzeitig

❑ in einer Tagespflege ausgeübt, die im räumlichen Verbund mit der vollstationären Pflegeeinrichtung betrieben wird.

Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

❑ Krankenschwester/Krankenpfleger

❑ Gesundheits- und Krankenpflegerin/Krankenpfleger

❑ Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger

❑ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Kinderkrankenpfleger

❑ Altenpflegerin/Altenpfleger

❑ Pflegefachfrau/Pflegefachmann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Nachweis über die Berufsqualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft (beglaubtige Berufsurkunde) bitte beifügen

Die verantwortliche Pflegefachkraft hat ihren Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt.

Nachweis über die berufspraktische Erfahrungszeit in Form von Sozialversicherungsnachweisen und Arbeitsbescheinigungen bitte beifügen

Die verantwortliche Pflegefachkraft hat den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen nach § 71 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit Ziffer 2.3.2.3. der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege nachzuweisen.

Nachweis beglaubigte Kopie bitte beifügen

Folgende Unterlagen sind des Weiteren einzureichen:

- Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) für
  - die verantwortliche Pflegefachkraft
  - die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
  - die Geschäftsführerin/ den Geschäftsführer
  - den Inhaber (bei Einzelkaufleuten und Personengesellschaften)
- Nachweis über die Berufsqualifikation der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft (beglaubigte Berufsurkunde) bitte beifügen
- Arbeitsverträge der beschäftigten Pflegekräfte ab Beschäftigungsbeginn mit den notwendigen Angaben zur Beschäftigung und Beschäftigungsumfang;
- Sozialversicherungsanmeldung der beschäftigten Pflegefachkräfte ab Beschäftigungsbeginn.

Bereits zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme sind min. 5,75 VK Pflegefachkräfte zusätzlich zur Pflegedienstleitung (im vereinbarten freigestellten Umfang) nachzuweisen. Im laufenden Betrieb ist der vereinbarte Personalschlüssel einzuhalten.

III. Angaben zum Leistungsumfang

1. Belegung und Leistung

Welche Personenkreise sollen in der Einrichtung aufgenommen werden?

❑ pflegebedürftige Menschen (unter Einschluss geronotpsychatrisch veränderter Menschen)

❑ pflegebedürftige, chronisch psychisch kranke Menschen

❑ pflegebedürftige, körperbehinderte Menschen

❑ pflegebedürftige, geistigbehinderte Menschen

In der Einrichtung sollen

❑ alle Geschlechter

❑ Männer

❑ Frauen

❑ Divers

gepflegt und betreut werden.

In der Einrichtung sollen

❑ Pflegebedürftige aller Altersgruppen

❑ nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

❑ nur pflegebedürftige Erwachsene

aufgenommen werden.

In der Einrichtung sollen besondere Gruppen von Pflegebedürftigen aufgenommen werden und zwar

- ❑ pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- ❑ pflegebedürftige Erwachsene
- ❑ pflegebedürftig chronisch psychisch kranke Menschen
- ❑ pflegebedürftige Menschen mit Behinderung
- ❑ Appaliker
- ❑ MS-Kranke
- ❑ Sonstige ? Welche?._____

_____

In der Einrichtung werden bestimmte Pflegebedürftige nicht aufgenommen

_____

Von der Pflegeeinrichtung bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

- ❑ Krankengymnastik
- ❑ Sprachtherapie
- ❑ Beschäftigungstherapie
- ❑ Physikalische Therapie
- ❑ Psychotherapie
- ❑ Hausnotrufdienst
- ❑ Kurse für häusl. Pflege
- ❑ Essen auf Rädern
- ❑ Pflegehilfsmittelverleih

Sonstige Welche? _____

2. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

a. besondere Räume für Tagesbetreuung ❑

b. besondere Räume für Einzeltherapie ❑

- Ergotherapie ❑
- Krankengymnastik ❑
- Logopädie ❑

c. besondere Räume für weitere Aktivitäten

- Sport bzw. Gymnastik ❑
- Badeabteilung ❑
- Freisitz, Terrasse ❑
- Garten ❑

3. Angaben zu Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)

Sonderleistungen

Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen bietet das Pflegeheim zusätzliche Leistungen an

❑ ja ❑ nein

a) Zusätzliche betreuerische Leistungen

Leistung	Entgelt
_____	_____
_____	_____
_____	_____

b) Sonstige zusätzliche Leistungen

Leistung	Entgelt
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Öffentliche Förderung der Betriebskosten

a) Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden durch Landkreis und/oder Kommune bezuschusst.

❑ ja ❑ nein

Für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt?

_____

b) Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden durch das Land bezuschusst.

❑ ja ❑ nein

Für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt?

_____

Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen/Instandhaltung

Die Pflegeeinrichtung wurde bzw. wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen/Instandhaltung gefördert

durch das Land

❑ ja ❑ nein

Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum? _____Euro

_____Zeitraum

durch die Kommune/den Landkreis

❑ ja ❑ nein

Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum? _____Euro

_____Zeitraum

Beteiligung der Pflegebedürftigen am Investitionsaufwand

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

❑ ja ❑ nein

Wenn ja, die Höhe dieser Aufwendungen beträgt je Pflegebedürftigem _____ Euro.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift