

# Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen

der Landesverbände der Pflegekassen im Lande Bremen

für **Kurzzeitpflegeeinrichtungen** (nach § 43 SGB XI)

## I Allgemeine Angaben

### A. Antragsart

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.

Ein Trägerwechsel ist erfolgt/vorgesehen zum.....200.....

### B. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort : \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer/in bzw. Heimleiter/in : \_\_\_\_\_  
Verantwortliche Pflegefachkraft : \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. / Telefax : \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse : \_\_\_\_\_  
IK-Kennzeichen : \_\_\_\_\_  
Einzugsbereich : \_\_\_\_\_

### C: Angaben zum Träger der Einrichtung

Träger der Einrichtung : \_\_\_\_\_  
Rechtsform : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort : \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./Telefax : \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse : \_\_\_\_\_

#### D. Status des Trägers

Kommunal/öffentlich	
freigemeinnützig	
privat	

#### E. Angaben zur Trägervereinigung

Verbandszugehörigkeit:  AWO  Caritas  DPWV  DRK  
 Diakonie  bpa  Sonstige \_\_\_\_\_

#### F. Weitere Einrichtungen des Trägers

1. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im Lande Bremen auch eine

ambulante Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
vollstationäre Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Tagespflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Sonstige Einrichtung  Ja  Nein

2. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund (auf dem Gelände) auch eine

vollstationäre Pflegeeinrichtung  Ja ..... Plätze  Nein  
Tagespflegeeinrichtung  Ja ..... Plätze  Nein  
ambulante Pflegeeinrichtung  Ja  Nein  
Sonstige Einrichtung  Ja ..... Plätze  Nein

#### G. Weitere Angaben

1. Anzeigepflicht nach § 12 Heimgesetz (HeimG in der Neufassung vom 5.11.2001)

a) Die Anzeige der Aufnahme des Heimbetriebs bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales – Heimaufsicht) erfolgt(e) am: .....

(Bestätigung der Anzeige nach § 12 Absatz 1 Heimgesetz ist beizufügen.)

b) Es wurden Anordnungen erlassen

Ja

Nein

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

2. Der Musterheimvertrag ist beizufügen.

## II Angaben zur Struktur der Einrichtung

### A. Wirtschaftliche Selbständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung ab dem beabsichtigten Inkrafttreten des Versorgungsvertrages dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungs- kreise 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 im Rahmen der dop- pelten kaufmännischen Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsätzen organi- siert wird?

Ja

Nein

### B. Pflegefachkraft vgl. § 71 Abs. 3 SGB XI u. Gemeinsame Grundsätze zur Quali- tät und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI

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

Ja

Nein

**Wenn ja,**

	Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL):	Stellvertretung:
Name, Vorname	.....	.....
Straße	.....	.....
PLZ/Ort	.....	.....

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung und die Stellvertretung besitzen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

PDL:            Stellvertretung:

- Krankenschwester / Krankenpfleger  
                  Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger  
                  Altenpflegerin / Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

**Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen!**

3. Die verantwortlichen Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung üben diese Tätigkeit hauptberuflich in einem sozialversicherungspflichtigem Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus.

Ja                                       Nein

4. Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt die praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von 2 Jahren innerhalb der letzten 5 Jahre.

PDL:                                       Ja                                       Nein

ggf. Stellvertretung:                       Ja                                       Nein

**Bitte Nachweise beifügen!**

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft besitzt den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden oder den Abschluss einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität.

PDL:                                       Ja                                       Nein

ggf. Stellvertretung:                       Ja                                       Nein

## **C. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit**

### **1. Öffentliche Förderung der Betriebskosten**

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

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

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

## 2. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen / Instandhaltung

Die Pflegeeinrichtung wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen / Instandhaltung gefördert  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

..... € ..... Zeitraum

## 3. Beteiligung der Pflegebedürftigen am Investitionsaufwand

a) Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

Ja  Nein

b) Wenn ja, beträgt die Höhe dieser Aufwendungen:

je Pflegebedürftigen / Tag .....€

## 4. Platzzahl

Ganzjährig vorgehalten werden ..... Kurzzeitpflegeplätze.  
Davon werden vorgehalten

in Einbettzimmern ..... Kurzzeitpflegeplätze  
in Zweibettzimmern ..... Kurzzeitpflegeplätze.

## 5. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

a) Pflege- und Therapieräume

Besondere Räume für

- Einzeltherapie
- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie

Bemerkungen: .....  
.....  
.....

b) besondere Räume für weitere Aktivitäten

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

Bemerkungen: .....  
.....  
.....

## 6. Art der Belegung

a) Welche Personenkreise werden schwerpunktmäßig in der Pflegeeinrichtung gepflegt und betreut ? (Mehrfachnennung möglich)

- altersverwirrte pflegebedürftige
- chronisch psychisch kranke Pflegebedürftige
- körperbehinderte Pflegebedürftige
- pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- pflegebedürftige Erwachsene
- Apalliker
- AIDS-Kranke
- MS-Kranke
- Sonstige

welche: \_\_\_\_\_

## 7. Weiteres Leistungsangebot

Von der Pflegeeinrichtung bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten (keine Fremdvergabe):

- Krankengymnastik
- Sprachtherapie
- Beschäftigungstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapie
- Hausnotrufdienst
- Kurse für häusliche Pflege
- Essen auf Rädern
- Pflegehilfsmittelverleih
- Sonstige

## III Pflegekonzeption

Bitte fügen Sie die Pflegekonzeption, nach der Sie Ihre Leistungen erbringen sowie das Pflegeleitbild schriftlich bei!

#### **IV Qualitätsmanagement**

Die Verpflichtung/das Konzept zur Einführung und Entwicklung eines einrichtungsin-  
ternen Qualitätsmanagements ist beizufügen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Mir/uns ist bekannt, dass der Strukturerhebungsbogen bei Vertragsabschluss Bestandteil  
des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI wird und Änderungen unverzüglich schriftlich  
angezeigt werden müssen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel/Unterschrift