

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen zum Antrag eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI

für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung mit besonderem Versorgungsauftrag oder

für eine Abteilung/ Station einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit besonderem Versorgungsauftrag

(wir bitten darauf zu achten, dass eine Kostenübernahme vor Abschluss des Versorgungsvertrages nicht möglich ist)

Angaben zur Pflegeeinrichtung

A. Allgemeine Angaben

1. Name der Pflegeeinrichtung
-
-
-
- Straße
- Postfach
- PLZ/Ort
- Einrichtungsleitung
- Tel.-Nr./Telefax
- E-Mail
- Institutionskennzeichen (IK)
- Landkreis/kreisfreie Stadt
- Regierungsbezirk
-
- Beginn der Tätigkeit
- (bzw. Datum der Umstrukturierung/ der Übernahme)

Einrichtungszweck

Im Vordergrund unserer Pflegeeinrichtung steht die

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Pflege pflegebedürftiger Personen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) berufliche und soziale Eingliederung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) schulische Ausbildung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Erziehung Behinderter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn die Fragen a - d jeweils mit Nein beantwortet worden sind:
Welche im Vordergrund stehende Zweckbestimmung hat die Pflegeeinrichtung?

.....

2. Träger der Pflegeeinrichtung
- Rechtsform
- Geschäftsführer/in
- Straße
- PLZ/Ort
- Tel.-Nr./Telefax
- E-Mail

- Status
- öffentlich
 - freigemeinnützig
 - privat

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land?
(z.B. Spitzenverband, Landesverband)

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

B. Verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung

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

Ja

Nein

Name, Vorname

Adresse
(freiwillige Angabe)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungs-urkunde beifügen)

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

4. Ist die verantwortliche Pflegefachkraft neben der Tätigkeit im vollstationären Pflegebereich noch zuständig/ verantwortlich für eine Einrichtung der

ambulanten Pflege ja nein

Tages-/Nachtpflege ja nein

Kurzzeitpflege ja nein

wenn ja:
wöchentliche Arbeitszeit:

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Weiterbildungs-maßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden erfolgreich abgeschlossen (bitte Nachweis beifügen).

Ja

Nein

6. Wer vertritt die verantwortliche Pflegefachkraft bei deren Ausfall?

Name, Vorname

Adresse
(freiwillige Angabe)

7. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungsurkunde beifügen)

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn
- Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

8. Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

C. Personelle Besetzung in der Pflegeeinrichtung

	Anzahl der Mitarbeiter		geringfügig Beschäftigte
	Vollzeit	Teilzeit	
I. Pflege- und Betreuungsbereich			
Pflegefachfrau/-mann			
Krankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und KrankenpflegerIn			
Kinderkrankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn			
Altenpfleger/in			
Haus- und Familienpflegehelfer/in			
Krankenpflegehelfer/in			
Altenpflegehelfer/in			
Haus- und Familienpflegerin			
Dorfhelfer/in			
Familienbetreuer/in			
Heilerziehungspfleger/in			
Heilerzieher/in			
Hebammen/Geburtshelfer			
Betreuungskräfte gem. § 43 b SGB XI ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)			
II. Auszubildende			
Auszubildende und Praktikant/in			
Schüler/in der Altenpflege			
Schüler/in der Heilerziehungspflege			
Schüler/in der Krankenpflege			
Erzieher/in im Anerkennungspraktikum			
Vorpraktikant/in in der Pflege/Hauswirtschaft			
sonstige Auszubildende/Praktikant/innen			

*) Welche Ausbildung?

.....

Sonstige personelle Besetzung

	Anzahl der Mitarbeiter		geringfügig Beschäftigte
	Vollzeit	Teilzeit	
I. Hauswirtschaftsbereich			
Hauswirtschafter/in			
Fachhauswirtschafter/in			
Wirtschafter/in			
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in			
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)			
Okotrophologe/in			
ohne tätigkeitspezif. Ausbildung *)			
II. Verwaltung			
Verwaltungskräfte			
III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeits-/Ergotherapeutin			
Diakon/in			
Erzieher/in			
Heilpädagogin/in			
Krankengymnast/in			
Logopäde/in			
Masseur/in, Bademeister/in			
Musiktherapeut/in			
Pädagoge/in			
Psychagoge/in			
Psychologe/in			
Rhythmuslehrer/in			
Sonderpädagogin/in			
Sozialarbeiter/in			
Sozialpädagogin/in			
Soziologe/in			
Sportlehrer/in			
Theologe/in			
Sonstige			
IV. Haustechnischer Bereich			
technisches Personal			
Raumpfleger/in			
Küchenpersonal			

*) Welche Ausbildung

.....

D. Angaben zum Leistungsumfang

Allgemeine Angaben

1. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch einen/eine
- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ambulantem Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| teilstationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| weitere vollstationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kurzzeitpflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenhauseinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
2. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch einen/eine
- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|---|
| ambulantem Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| teilstationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja |Plätze <input type="checkbox"/> Nein |
| Kurzzeitpflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja |Plätze <input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenhauseinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
3. Welche pflegerische Konzeption liegt der Pflegeeinrichtung zugrunde?
(Pflegekonzeption beifügen)
-
4. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?
- Ja Nein
5. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?
- Ja Nein
6. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagement wurde bereits einrichtungsintern eingeführt.
- Ja, seit _____
(Datum der Einführung)
- Noch nicht, jedoch geplant für _____
(Datum der Einführung)
7. Werden die Expertenstandards nach den gesetzlichen Vorgaben (§113a SGB XI) angewendet?
- Ja Nein

8. Besteht für diese Einrichtung eine Tarifbindung/-Anlehnung oder werden die Arbeitnehmenden, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung erbringen, nach regional üblichem Entgelt entlohnt ?

Ja

Nein

falls ja:

Eine Erfassung mit Angabe der notwendigen Daten ist gemäß Richtlinie nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI in der Daten Clearing Stelle (DCS) verpflichtend durchzuführen. Weitere Informationen erhalten Sie während des Antragsverfahrens.

falls nein:

Ausstellung eines Versorgungsvertrags gem. §72 SGB XI ist nicht möglich.

9. Die Einrichtung hält gem. § 43 b SGB XI ausreichend qualifiziertes sozialversicherungspflichtig beschäftigtes zusätzliches Betreuungspersonal vor?

Ja

Nein

10. Kommen Sie gem. § 72 Abs. 3 Nr. 6 SGB XI Ihrer monatlichen Verpflichtung zur Meldepflicht nach § 20a Abs.7 IfSG nach?

Ja

Nein

Weitere Angaben zur Pflegeeinrichtung

Zuständige Aufsichtsbehörde nach dem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG)

.....

Die Aufnahme des Betriebes wurde angezeigt am

Es wurden von der zuständigen Aufsichtsbehörde Auflagen erteilt Ja Nein

wenn ja, welche:

.....

Wirtschaftliche Selbständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe der Pflege-Buchführungs-Verordnung sichergestellt?

Ja

Nein

Ist es sichergestellt, dass in Altenheimen oder Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die vollstationäre Pflegeeinrichtung organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind?

Ja

Nein

Platzzahl

- a) Ganzjährig vorgehalten werden sollen vollstationäre Plätze
- b) Davon werden vorgehalten
- in Einbettzimmern Plätze
 - in Zweibettzimmern Plätze

Art der Belegung

In der Pflegeeinrichtung werden besondere Gruppen von Pflegebedürftigen aufgenommen (Mehrfachbenennungen möglich)

- nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- nur pflegebedürftige Erwachsene
- pflegebedürftige Menschen mit psychischer Alterserkrankung
- pflegebedürftige gerontopsychiatrisch veränderte Menschen
- pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen
- pflegebedürftige Menschen mit körperlicher Behinderung
- pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung
- Menschen mit schweren erworbenen Hirnschädigungen der Phase F
- pflegebedürftige AIDS kranke Menschen
- pflegebedürftige MS kranke Menschen
- Sonstige: Welche?
-
-
-
-
-
-
-
-
-

In die Pflegeeinrichtung werden bestimmte Pflegebedürftige **nicht** aufgenommen, und zwar

-
-
-
-
-
-

E. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden bezuschusst.

Ja Nein

Falls ja, durch wen:

Landkreis und/oder Kommune

Land

sonstige Stellen

für welche Leistungen

.....

in welcher Höhe

für welchen Zeitraum

F. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen

Wird die Pflegeeinrichtung hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert?

Ja Nein

Falls ja, durch wen

durch das Land

durch die Kommune/den Landkreis

in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

..... Euro

..... Zeitraum

Entgelt für Investitionsanteile

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

Ja Nein

Wenn ja:

die Höhe dieser Aufwendungen beträgt:

Euro

G. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit

Sonderleistungen

Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen hinaus ist geplant, zusätzliche Leistungen anzubieten.

Ja

Nein

a) Zusätzliche betreuerische Leistungen

Leistung	Entgelt
..... Euro
..... Euro
..... Euro

b) Werden von der Pflegeeinrichtung weitere Leistungen angeboten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Leistungen?

Leistungen		Entgelt
Hausnotrufdienst	<input type="checkbox"/> Euro
Kurse für häusliche Pflege	<input type="checkbox"/> Euro
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/> Euro
Pflegehilfsmittelverleih	<input type="checkbox"/> Euro
Sonstige		
.....	<input type="checkbox"/> Euro

H. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

a) Pflege- und Therapieräume

- besondere Räume für Tagesbetreuung
- besondere Räume für Einzeltherapie
 - Ergotherapie
 - Krankengymnastik
 - Logopädie

b) besondere Räume für weitere Aktivitäten

- Sport bzw. Gymnastik
- Badeabteilung
- Freisitz
- Garten

I. Weitere Unterlagen/Nachweise

Darüber hinaus werden die nachstehenden Unterlagen/Nachweise für die Prüfung Ihres Antrages benötigt.

für den Geschäftsführer/Leiter

- Unbedenklichkeitserklärung

für die verantwortliche Pflegefachkraft

- Nachweise über die berufspraktische Tätigkeit von 2 Jahren innerhalb der letzten acht Jahre vor der Antragstellung nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden

für die Einrichtung

- Abschluss/Nachweis einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
- Pflegesatzantrag
- Einrichtungskonzept

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 ff. SGB V und § 94 Abs. 1 ff SGB XI zum Zwecke der Beurteilung für den Antrag eines Versorgungsvertrages erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der notwendigen Prüfung führen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

Hinweis für den Antragsteller:

Die Bearbeitung des Antrages auf Abschluss des Versorgungsvertrages für den vollstationären Bereich benötigt etwas Zeit. Erfahrungsgemäß sind ca. 6 - 8 Wochen erforderlich. Wir bitten dies zu berücksichtigen, zumal der Versorgungsvertrag erst ausgefertigt werden kann, wenn alle Voraussetzungen vorliegen und auch nachgewiesen sind. Eine rückwirkende Vertragsausfertigung sowie eine rückwirkende Kostenübernahme ist leider nicht möglich.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Trägers