G E M E I N S A M E R
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

Neuantrag nach § 72 SGB XI

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt zum _____ die Zulassung für

☐ **Vollstationäre Pflege (gem. § 43 SB XI)**

☐ **Kurzzeitpflege (gem. § 42 SGB XI)**
- ☐ eingestreut
- ☐ Fix-Flex-Modell
- ☐ angebunden
  - Spezialisierung auf Krankenhausnachsorge? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ solitär
  - Spezialisierung auf Krankenhausnachsorge? ☐ Ja ☐ Nein

☐ **Tages- u./o. Nachtpflege (gemäß § 41 SGB XI)** ☐ integriert

I. Angaben zum Neuantrag

A. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung _____

Straße _____

Postfach _____

PLZ / Ort _____

Einrichtungsleitung _____

Pflegedienstleitung _____

Tel.-Nr. / Fax-Nr. _____

E-Mail _____

Landkreis / kreisfreie Stadt _____

Institutionskennzeichen (IK) _____

Zweites Institutionskennzeichen (IK) _____
(nur bei angebundener Kurzzeitpflege angeben)

☐ Bestätigung der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen ist beigefügt.

B. Angaben zum Träger der Einrichtung

Träger der Einrichtung _____

Rechtsform _____

Geschäftsführung _____

Straße _____

Postfach _____

PLZ / Ort _____

Tel.-Nr. / Fax-Nr. _____

E-Mail _____

☐ Auszug aus dem Handelsregister/ Vereinsregister und

☐ Gesellschaftervertrag

(mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck

oder

☐ Vereinssatzung

(mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck)

sind beigefügt.

C. Status des Trägers

☐ öffentlich-rechtlich (kommunal)

☐ freigemeinnützig

☐ privatgewerblich

D. Angaben zur Trägervereinigung

1. Zugehörigkeit zu einer Vereinigung der Träger auf der Landesebene (z.B. Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, etc.)

   ☐ Ja

   ☐ Nein

2. Wenn ja, bitte Namen und Adresse angeben

   _____

   _____

   _____

E. Sonstige Angaben

1. Die Anzeige nach § 18 Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) ist erfolgt:

   ☐ Ja

   ☐ **Anzeigebestätigung des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung (Beratung und Prüfung nach dem LWTG – BP LWTG) ist beigefügt**

2. Zuständige **BP LWTG**:

   _____

II. Strukturdaten

A. Die Pflegeeinrichtung wird betrieben als:

☐ Pflegeeinrichtung für die ausschließliche Pflege von Pflegebedürftigen

☐ Pflegeabteilung im betreuten Wohnen

☐ Pflegeabteilung im Krankenhaus

B. Die Pflegeeinrichtung ist:

☐ gepachtet/gemietet

☐ Eigentum

☐ sonstige

_____

_____

☐ **Entsprechender Miet-, Pachtvertrag oder Grundbuchauszug ist beigefügt.**

C. Angaben zur Gebäudestruktur

Anzahl der Gebäude (mit Pflegebereichen): _____

Anzahl der Etagen: _____

Anzahl der Wohnbereiche: _____

Anzahl der Plätze pro Etage und pro Wohnbereich: _____

_____

Anzahl der Gemeinschaftsräume (welche): _____

_____

Anzahl der Therapieräume: _____

Anzahl der Pflegebäder: _____

Angaben zur sanitären Ausstattung der Zimmer: _____

Raumbezeichnungen/ Zimmernummerierung bei angebundener Kurzzeitpflege bzw. bei der Umsetzung des Fix-Flex-Modells: _____

_____

_____

D. Wirtschaftliche Selbständigkeit

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

☐ Ja

E. Verantwortliche Pflegefachkraft

1. Die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft wird gewährleistet durch:

   Name, Vorname (Geburtsname):

   _____

   _____

2. Die verantwortliche Pflegekraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

   ☐ Krankenschwester/ Krankenpfleger/ **Gesundheits- und Krankenpfleger/In**

   ☐ Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger/ **Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/In**

   ☐ Altenpflegerin/ Altenpfleger

   ☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

   entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

   ☐ **Qualifikationsnachweis für den genannten Beruf ist beigefügt.**

3. Nachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft darüber, dass innerhalb der letzten 8 Jahre der Beruf 2 Jahre hauptberuflich ausgeübt wurde (Berufserfahrung)

Arbeitgeber	Zeitraum

   ☐ **Nachweise sind beigefügt.**

4. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus.

   ☐ als Vollzeitkraft _____ Std./Woche

   ☐ als Teilzeitkraft _____ Std./Woche

   ☐ **Der Arbeitsvertrag ist beigefügt.**

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft kann gemäß der Qualitätsrichtlinien den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden oder den Abschluss eines nach deutschem Recht anerkannten betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer in- oder ausländischen (Fach-)Hochschule oder Universität zumindest auf Bachelor-Niveau vorweisen.

   ☐ **Der Nachweis ist beigefügt.**

6. Gemäß der Rahmenverträge nach § 75 Satz 1 SGB XI wird ein polizeiliches Führungszeugnis für die verantwortliche Pflegefachkraft benötigt.

   ☐ **Aktuelles Führungszeugnis ist beigefügt.**

F. Stellvertretung/ Abwesenheitsvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft:

1. Die ständige Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft wird gewährleistet durch:

   Name, Vorname (Geburtsname):

   _____

   _____

2. Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegekraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

   ☐ Krankenschwester/ Krankenpfleger/ **Gesundheits- und Krankenpfleger/In**

   ☐ Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger/ **Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/In**

   ☐ Altenpflegerin/ Altenpfleger

   ☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

   entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

   ☐ **Qualifikationsnachweis für den genannten Beruf ist beigefügt.**

3. Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus.

   ☐ als Vollzeitkraft _____ Std./Woche

   ☐ als Teilzeitkraft _____ Std./Woche

   ☐ **Der Arbeitsvertrag ist beigefügt.**

G. Personelle Besetzung in der Pflegeeinrichtung

Zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung sind mindestens 5,5 Vollzeitstellen Pflegefachkräfte zusätzlich zur Pflegedienstleitung (im vereinbarten freigestellten Umfang) nachzuweisen, um die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft sicherzustellen. Im laufenden Betrieb sind die vereinbarten Personalschlüssel bzw. Personalrelationen nach § 113c SGB XI einzuhalten.

☐ **Die Arbeitsverträge der Pflegefachkräfte sind beigefügt.**

Der Träger der Einrichtung verpflichtet sich, die Mitarbeitenden in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung einzustellen (Ausnahme: geringfügig beschäftigte Mitarbeitende).

☐ Ja

H. Anzahl der Plätze

1. Ganzjährig vorgehalten werden insgesamt _____ Pflegeplätze.
   (ohne Zimmer zur besonderen Verwendung gem. LWTG)

   Die Gesamtplatzzahl setzt sich zusammen aus:

☐ **Vollstationäre Pflege** _____ Pflegeplätze

davon

☐ **eingestreute Kurzzeitpflege** _____ Pflegeplätze

oder

☐ **Vollstationäre Pflege** _____ Pflegeplätze

plus

☐ **angebundene Kurzzeitpflege** _____ Pflegeplätze

oder

☐ **Vollstationäre Pflege** _____ Pflegeplätze

davon

☐ **Flexible Kurzzeitpflegeplätze** _____ Pflegeplätze

plus

☐ **Fixe Kurzzeitpflegeplätze** _____ Pflegeplätze

☐ **Solitäre Kurzzeitpflege** _____ Pflegeplätze

☐ **Teilstationäre Pflege (integriert)**

☐ **Tagespflege** _____ Pflegeplätze

☐ **Nachtpflege** _____ Pflegeplätze

2. Von den Plätzen werden vorgehalten

☐ Einzelzimmer _____ Pflegeplätze

☐ Doppelzimmer _____ Pflegeplätze

III. Leistungsdaten

A. Art der Belegung

1. In der Einrichtung werden nachfolgende Gruppen von Pflegebedürftigen (Mehrfachnennungen sind möglich)

   ☐ nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
   ☐ nur pflegebedürftige Erwachsene (über 60 Jahre)
   ☐ pflegebedürftige Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung
   ☐ pflegebedürftige Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung
   ☐ pflegebedürftige Menschen mit geistiger Beeinträchtigung
   ☐ Menschen mit schweren erworbenen Hirnschädigungen
   ☐ Menschen mit Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
   ☐ Menschen mit Multiple Sklerose (MS)
   ☐ Sonstige: Welche?

   _____

   _____

   aufgenommen.

2. Ausschlusskriterien (Personengruppen, die nicht aufgenommen werden):

   _____

   _____

B. Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI

1. Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen bietet die Pflegeeinrichtung zusätzliche Leistungen an

   ☐ Ja ☐ Nein

2. Wenn ja, welche?

Leistungen	Entgelt

☐ Der Nachweis über die Anzeige gemäß § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI an den überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Rhein- land-Pfalz und die Landesverbände der Pflegekassen vor Leistungsbeginn **ist beigefügt**.

C. Weitere Leistungsangebote

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

Leistungen:

Hausnotrufdienst ☐

Essen auf Rädern ☐

Verpflegungsangebote für Dritte ☐

Sonstige ☐

Wenn ja, welche? _____

_____

IV. Sonstige Angaben

A. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch

Ambulanten Pflegedienst	☐ Ja	☐ Nein
Solitäre Tagespflegeeinrichtung	☐ Ja	☐ Nein
Betreutes Wohnen	☐ Ja	☐ Nein
Krankenhaus	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige Einrichtung	☐ Ja	☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____

B. Pflegerische Konzeption

Eine Pflegerische Konzeption ist zu erstellen.

☐ **Pflegekonzept ist beigefügt**.

C. Pflegedokumentation

☐ Pflegedokumentation wird manuell in Papierform geführt.

☐ Die Pflegedokumentation wird EDV-technisch erstellt.

D. Pflege- und Betreuungsvertrag

☐ Ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und den Pflegebedürftigen ist abzuschließen und **ist beigefügt**.

E. Entlohnung der Beschäftigten gemäß § 72 Abs. 3 a bzw. 3 b SGB XI

☐ Der Träger verpflichtet sich, seine Beschäftigten gem. § 72 Abs. 3 a bzw. 3 b Nr. 1-3 SGB XI zu entlohnen

Es besteht eine

☐ Tarifbindung nach § 72 Abs. 3 a SGB XI

☐ Tarifanlehnung nach § 72 Abs. 3 b Nr. 1-3 SGB XI

Angaben zum Tarifvertrag:

Nach welchem? _____

Gültig ab bzw. seit wann _____

Wo ist dieser veröffentlicht bzw. kann eingesehen werden?
(Ggf. Internetadresse angeben)

_____

☐ Der Träger verpflichtet sich, seine Beschäftigten gem. § 72 Abs. 3 b Nr. 4 SGB XI nach dem regional üblichen Entgeltniveau zu entlohnen

☐ Die Nachweise sind beigefügt (Arbeitsverträge, etc.)

F. Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Der Träger verpflichtet sich, gem. § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Ein Konzept gem. § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

☐ Ja, liegt vor und **ist beigefügt**.

☐ wird entwickelt und eingeführt. Bis wann? _____

G. Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft

☐ Eine Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft ist erfolgt, **der Nachweis ist beigefügt.**

H. Haftpflichtversicherung

☐ Es wurde eine Haftpflichtversicherung (für mindestens 1 Mio. € für Sachschäden, 3 Mio. € für Personenschäden und 100.000 € für Vermögensschäden) abgeschlossen, der **Nachweis ist beigefügt.**

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Träger

Benötigte Unterlagen zur Neuzulassung nach § 72 SGB XI

- ☐ Bestätigung Institutionskennzeichen (IK) – Bitte das Schreiben der Vergabestelle (Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin) beifügen.
- ☐ Handelsregisterauszug/ Vereinsregisterauszug sowie Gesellschaftervertrag / Vereinssatzung
- ☐ Schriftliche Bestätigung der BP-LWTG, dass der Träger und die Einrichtung die Voraussetzungen nach LWTG erfüllt und ggf. Vorlage des Auflagenbescheides - Anzeigenbestätigung
- ☐ Mietvertrag/ Pachtvertrag/ Eigentumsnachweis (Auszug aus dem Grundbuch)
- ☐ Qualifikationsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft (Berufsurkunde)
- ☐ Nachweis der Berufserfahrung der verantwortlichen Pflegefachkraft anhand von Arbeitszeugnissen
- ☐ Arbeitsvertrag der verantwortlichen Pflegefachkraft (aus welchem die Funktion, der Stellenumfang sowie der Einsatzort hervorgehen)
- ☐ Nachweis über die abgeschlossene leitungsbezogene Weiterbildung (mind. 460 Std.)
- ☐ Aktuelles polizeiliches Führungszeugnis der verantwortlichen Pflegefachkraft
- ☐ Qualifikationsnachweis der Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (Berufsurkunde)
- ☐ Arbeitsvertrag der Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (aus welchem die Funktion, der Stellenumfang sowie der Einsatzort hervorgehen)
- ☐ Nachweis über die Anzeige gemäß § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI an den überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Rheinland-Pfalz und die Landesverbände der Pflegekassen
- ☐ Pflegekonzeption
  (bei angebundener Kurzzeitpflege inklusive Raumkonzept und Grundriss)
- ☐ Musterpflege- und Betreuungsvertrag
- ☐ Nachweise über die Zahlung der tariflichen Entlohnung gem. § 72 Abs. 3 a bzw. 3 b SGB XI
- ☐ Konzept gem. § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI über das einzuführende einrichtungsinterne Qualitätsmanagement
- ☐ Nachweis über die Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft
- ☐ Nachweis über den Abschluss einer Haftpflichtversicherung
- ☐ Nachweis Personal (Arbeitsverträge mit Einsatzort, Stellenumfang, Beginn der Tätigkeit und Qualifikation)

Bei Trägerwechsel zusätzlich:

- ☐ Bestätigung über die Betriebsübernahme (nach BGB)
- ☐ Schriftliche Einverständniserklärung zur Übernahme der derzeit gültigen Vergütungssätze durch den neuen Träger
- ☐ Schriftliche Rückgabe der Zulassung durch den vorherigen Träger

Landesverbände der Pflegekassen

Zusendung des Antrags sowie der benötigten Unterlagen in digitaler Form an:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
- **neuzulassung_stationaer@rps.aok.de**

BKK LANDESVERBAND MITTE
- **pflegerps@bkkmitte.de**

IKK Südwest
- **rp-pflege@ikk-sw.de**

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- **Pflege-RLP-Stationaer@vdek.com**

Des Weiteren, Zusendung des Antrags und der benötigten Unterlagen an den überörtlichen Sozialhilfeträger (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung)
- **verguetungen-sgbxi@lsjv.rlp.de**