

# GEMEINSAMER STRUKTURERHEBUNGSBOGEN

## der Landesverbände der Pflegekassen

**Neuantrag** nach § 72 SGB XI

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt zum \_\_\_\_\_  
die Zulassung für

**Vollstationäre Pflege**  
(gem. § 43 SGB XI)

**Kurzzeitpflege**  
(gem. § 42 SGB XI)

**Tages- u./o. Nachtpflege**  
(gem. § 41 SGB XI)

eingestreut  
 ausschließlich vorgehalten  
 solitär

integriert  
 angegliedert  
 solitär

### I. Angaben zum Neuantrag

#### A. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Geschäftsführer/in bzw.  
Heimleiter/in \_\_\_\_\_  
Pflegedienstleiter/in \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. / Fax-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
IK-Kennzeichen \_\_\_\_\_  
Landkreis / kreisf. Stadt \_\_\_\_\_

## B. Angaben zum Träger der Einrichtung

Träger der Einrichtung \_\_\_\_\_

Rechtsform \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. / Fax-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Auszug aus dem Handelsregister

Gesellschaftervertrag

Satzung

**liegt bei.**

## 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 § 12 Heimgesetz ist erfolgt:

Ja

**Anzeigebestätigung der zuständigen Heimaufsicht liegt bei**

2. Zuständige **Heimaufsicht** für die Durchführung des Heimgesetzes:

---

## II. Strukturdaten

A. Die Pflegeeinrichtung wird betrieben als:

Pflegeeinrichtung für die ausschließliche Pflege von Pflegebedürftigen

Pflegeabteilung im Altenwohnheim / Betreutem Wohnen

Pflegeabteilung im Krankenhaus

B. Die Pflegeeinrichtung ist:

gepachtet/gemietet

Eigentum

sonstige \_\_\_\_\_

---

**Entsprechende Verträge sind beigelegt.**

### C. Angaben zur Gebäudestruktur

Baujahr der Einrichtung:	_____
Inbetriebnahme durch den Träger:	_____
Erweiterungen:	_____
Sanierungen:	_____
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:	_____

### D. Wirtschaftliche Selbständigkeit

Es ist sichergestellt, dass die Pflegeeinrichtung ihre allgemeinen Pflegeleistungen sowie die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung ab **Zu-**  
**lassung** wirtschaftlich selbständig erbringt, indem die unterschiedlichen  
Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten in der Einrichtung im  
Rahmen einer doppelten Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsät-  
zen 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 KrankenpflegerIn**
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger  
**Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn**
- Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

**Qualifikationsnachweis für den genannten Beruf ist beigelegt.**

3. Nachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft darüber, dass innerhalb der letzten 5 Jahre der Beruf 2 Jahre hauptberuflich ausgeübt wurde (s. Ausnahmetatbestände gemäß § 71 Abs. 3 Nr. 1-3 SGB XI)

Arbeitgeber	Zeitraum

**Nachweise sind beigelegt.**

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 der verantwortlichen Pflegefachkraft ist beigelegt.**

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft kann gemäß Punkt 3.1.3.2 b) der Qualitätsrichtlinien den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden vorweisen.

Der Nachweis ist beigelegt.

**F. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Qualifikationsnachweis, Tätigkeitsnachweis u. Arbeitsvertrag sind beigelegt

**G. Personelle Besetzung in der Pflegeeinrichtung**

	Qualifikation	Einzelne Stellen in Vollzeitkräften
<b>Pflegepersonal</b>		
<b>Pflegedienstleitung</b>	_____	_____
<b>Examierte Pflegekräfte</b>	_____	_____
<b>Pflegehilfskräfte</b>	_____	_____
<b>Soziale Betreuung</b>	_____	_____
<b>Ehrenamt</b>		
<b>Hauswirtschaft</b>		
<b>Hauswirtschafts- und Küchenpersonal</b>	_____	_____
<b>Wäschereipersonal</b>	_____	_____
<b>Haustechnik</b>		
<b>Technischer Dienst und Hausmeister</b>	_____	_____
<b>Leitung und Verwaltung</b>		
<b>Heimleitung</b>	_____	_____
<b>Verwaltung</b>	_____	_____
	_____	_____
<b>Personalaufwand insgesamt</b>		
<b>Zivildienstleistende</b>	_____	_____
<b>Altenpflege Azubi</b>	_____	_____

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

Ja

#### **H. Anzahl der Plätze**

a) Ganzjährig vorgehalten werden folgende Pflegeplätze:  
(ohne Zimmer zur besonderen Verwendung gem. Heimgesetz)

**Vollstationäre Pflege** \_\_\_\_\_ **Pflegeplätze**

**Kurzzeitpflege** \_\_\_\_\_ **Pflegeplätze**

**Tages- u./o. Nachtpflege** \_\_\_\_\_ **Pflegeplätze**

b) Von den Plätzen werden vorgehalten

in Einbettzimmern \_\_\_\_\_ Pflegeplätze

in Zweibettzimmern \_\_\_\_\_ Pflegeplätze

in Mehrbettzimmern \_\_\_\_\_ 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
- AIDS kranke Menschen
- MS kranke Menschen
- Sonstige: Welche?

---

aufgenommen.

2. Ausschlusskriterien (Personengruppen, die nicht aufgenommen werden)

**B. Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI**

- a) Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen bietet das Pflegeheim zusätzliche Leistungen an

- Ja                       Nein

- b) Wenn ja, welche?

Leistung	Entgelt
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Der 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 vor Leistungsbeginn **ist beigefügt.**



### C. Weitere Leistungsangebote

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

Leistungen:

- |                          |                          |        |
|--------------------------|--------------------------|--------|
| Krankengymnastik         | <input type="checkbox"/> |        |
| Sprachtherapie           | <input type="checkbox"/> |        |
| Beschäftigungstherapie   | <input type="checkbox"/> |        |
| Physikalische Therapie   | <input type="checkbox"/> |        |
| Psychotherapie           | <input type="checkbox"/> |        |
| Hausnotrufdienst         | <input type="checkbox"/> |        |
| Kurse für häusl. Pflege  | <input type="checkbox"/> |        |
| Essen auf Rädern         | <input type="checkbox"/> |        |
| Pflegehilfsmittelverleih | <input type="checkbox"/> |        |
| Sonstige                 | <input type="checkbox"/> | welche |
- 

### III. Sonstige Angaben

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

- |                         |                          |    |                          |      |
|-------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Ambulanten Pflegedienst | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Betreutes Wohnen        | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Krankenhaus             | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

#### B. Pflegerische Konzeption

Pflegekonzept liegt vor

- Ja
- Pflegekonzept ist beigelegt**

#### C. Pflegedokumentation wird geführt

- Manuell in Papierform.                       EDV-technisch erstellt.

D. Ein schriftlicher Heimvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und den Pflegebedürftigen wird abgeschlossen.

Ja

**Musterheimvertrag liegt bei.**

E. Der Träger verpflichtet sich, gem. § 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI in der o.g. Einrichtung die ortsübliche Arbeitsvergütung an seine Beschäftigten zu zahlen

Ja

Wird nach Tarif bezahlt?

**Ja** - **Nach Welchem?** .....

- Gültig ab bzw. seit wann: .....

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

- .....

**Nein** - **Bitte legen Sie Ihren Nachweis der ortsüblichen Arbeitsvergütungen bei (Lohnlisten, Gehaltsabrechnungen etc.)**

F. 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

Ja

G. Ein Konzept gem. § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

liegt vor und **ist beigefügt.**

wird entwickelt und eingeführt ..... bis wann? \_\_\_\_\_

H. Der Träger verpflichtet sich, gem. § 72 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI alle Expertenstandards nach § 113 SGB XI anzuwenden

ja

I. Eine Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft ist erfolgt

Ja

**Der Nachweis ist beigelegt.**

J. Nachweis über den Abschluss einer Haftpflichtversicherung (für mindestens 50.000,-- Euro für Sachschäden und 1.000.000,-- Euro für Personenschäden)

Ja

**Der Nachweis ist beigelegt.**

K. Der Träger der Einrichtung stimmt einer befristeten Zulassung zur Qualitätssicherung zu

Ja

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Träger

## **Benötigte Unterlagen zur Neuzulassung nach § 72 SGB XI**

- ❖ Auszug Handelsregister / Gesellschaftervertrag / Satzung
- ❖ Kopie der Bestätigung der Anzeige gemäß § 12 HeimG durch die zuständige Heimaufsicht
- ❖ Mietvertrag / Pachtvertrag / Eigentum
- ❖ Qualifikationsnachweise der verantwortlichen Pflegefachkraft
- ❖ Nachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft darüber, dass innerhalb der letzten 5 Jahre der Beruf 2 Jahre hauptberuflich ausgeübt wurde (s. Ausnahmetatbestände gemäß § 71 Abs. 3 Nr. 1-3 SGB XI)
- ❖ Arbeitsvertrag der verantwortlichen Pflegefachkraft
- ❖ Nachweis über die abgeschlossene leitungsbezogene Weiterbildung (460 Std.)
- ❖ Nachweise (wie oben) für die stellv. Pflegefachkraft
- ❖ Nachweis über die Zahlung der ortsüblichen Arbeitsvergütung gem. § 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI
- ❖ Pflegekonzeption
- ❖ Musterheimvertrag
- ❖ KONZEPT GEMÄß § 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 (für mindestens 50.000,-- Euro für Sachschäden und 1.000.000,-- Euro für Personenschäden)
- ❖ Nachweis über die Anzeige der Zusatzleistungen gem. § 88 SGB XI
- ❖ Das **Institutionskennzeichen (IK)** dient nach § 103 SGB XI als offizielles Kennzeichen der Leistungsträger und Leistungserbringer im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke. Sollte Ihre Pflegeeinrichtung noch nicht über ein IK-Kennzeichen verfügen, so können Sie dieses bei der nachstehenden Adresse beantragen:

**Arbeitsgemeinschaft  
Institutionskennzeichen (SVI)  
Alte Heerstr. 111  
53757 St. Augustin  
Tel. (02241) 23101**

## *Adressen der Landesverbände der Pflegekassen*

❖ **Zusendung der benötigten Unterlagen gem. Neuantrag an:**

**AOK - Die Gesundheitskasse  
in Rheinland-Pfalz  
- Direktion -  
Ref. 4.2.3 – stationäre Pflege  
Virchowstraße 30  
67304 Eisenberg**

**BKK-LKK Arbeitsgemeinschaft  
Rheinland-Pfalz und Saarland  
Essenheimer Straße 126  
55128 Mainz**

**IKK Südwest  
Isaac-Fulda-Allee 7  
55124 Mainz**

**vdek e.V.  
Landesvertretung Rheinland-Pfalz  
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22  
55130 Mainz**

**Knappschaft Saarbrücken  
Referat Kranken- und Pflegeversicherung  
St. Johanner Straße 46-48  
66111 Saarbrücken**

❖ **Des weiteren Zusendung der benötigten Unterlagen an die zuständige**

**Kreisverwaltung / Stadtverwaltung – Sozialamt  
als Örtlicher Träger der Sozialhilfe**