

**Strukturerhebungsbogen für den Abschluss eines
Gesamtversorgungsvertrages nach
§ 72 Abs. 2 SGB XI
für Träger mit mehreren Pflegeeinrichtungen (ambu-
lant/ teilstationär/ vollstationär/ Kurzzeitpflege)**

Dieser Bogen dient ausschließlich der Vorbereitung zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages gem. § 72 Abs. 2 SGB XI mit den Landesverbänden der Pflegekassen in Rheinland-Pfalz.

Er besteht aus 4 Teilen:

- Teil 1: Allgemeine Angaben zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags gem. § 72 Abs. 2 SGB XI (Seite 2 bis 7),
- Teil 2: Strukturerhebungsbogen für ambulante Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 1 SGB XI; Seite 8 bis 21),
- Teil 3: Strukturerhebungsbogen für solitäre/ angegliederte teilstationäre Pflegeeinrichtungen (§ 41 SGB XI, Seite 22 bis 34).
- Teil 4: Strukturerhebungsbogen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI), ggf. mit integrierter Tagespflege (nach § 41 SGB XI), sowie für Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI, Seite 35 bis 48)

Träger, die bereits einen Versorgungsvertrag für eine oder mehrere Pflegeeinrichtungen abgeschlossen haben und diese jetzt in einen Gesamtversorgungsvertrag umwandeln möchten, füllen bitte lediglich Teil 1 aus. Sofern einzelne Änderungen seitens des Trägers bislang nicht gemeldet wurden, behalten sich die Landesverbände der Pflegekassen vor, zusätzlich zu Teil 1 weitergehende Unterlagen anzufordern.

Sofern eine Neuzulassung für eine oder mehrere Pflegeeinrichtungen beantragt werden soll, ist neben dem Teil 1 auch der jeweils relevante Teil für die Neuzulassung auszufüllen.

Alle zulassungsrelevanten Unterlagen können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen rechtsverbindlich unterschrieben in elektronischer Form eingereicht werden. Bitte verwenden Sie hierzu ausschließlich Dateien in pdf-Format mit eindeutigen Dateibezeichnungen.

Teil 1: Allgemeine Angaben zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags gem. § 72 Abs. 2 SGB XI

Der Gesamtversorgungsvertrag gem. § 72 Abs. 2 SGB XI soll zum _____ (Datum) geschlossen werden.

1. Angaben zum Träger der Einrichtungen

Träger (Inhaber:in) der Einrichtung _____
Rechtsform _____
Straße _____
Postfach _____
PLZ / Ort _____
Tel.-Nr. für Rückfragen _____

2. Angaben zu den Pflegeeinrichtungen:

Hinweis: Je Versorgungsbereich können maximal zwei Einrichtungen benannt werden. Die Gesamtanzahl von vier solitären Pflegeeinrichtungen darf nicht überschritten werden. Die genannten Einrichtungen müssen innerhalb eines räumlichen Verbundes, d.h. innerhalb eines Versorgungsradius von 20 km (ausgehend vom Betriebssitz einer der genannten Pflegeeinrichtungen) liegen.

	Name der Einrichtung, Straße/ Postfach, PLZ Ort, Rechtsform	Institutionskennzeichen (IK)	Versorgungsbereich	Tarifliche Entlohnung
1.			☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Solitäre Kurzzeitpflege	Die Einrichtung ist ☐ Tarifgebunden ☐ Nicht-tarifgebunden

			Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung Beantragte Pflegeplätze _____ o Angebundene Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ o Eingestrente Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ o Fix/Flex Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ o Integrierte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____	Name des Tarifs/ der AVR oder regional übliches Entgeltniveau: _____ _____
2.			☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Solitäre Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung Beantragte Pflegeplätze _____ o Angebundene Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ o Eingestrente Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ o Fix/Flex Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ o Integrierte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____	Die Einrichtung ist ☐ Tarifgebunden ☐ Nicht-tarifgebunden Name des Tarifs/ der AVR oder regional übliches Entgeltniveau: _____ _____

3.			☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Solitäre Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung Beantragte Pflegeplätze _____ - o Angebundene Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ - o Eingestrente Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ - o Fix/Flex Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ - o Integrierte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____	Die Einrichtung ist ☐ Tarifgebunden ☐ Nicht-tarifgebunden Name des Tarifs/ der AVR oder regional übliches Entgeltniveau: _____ _____
4.			☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Solitäre Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung Beantragte Pflegeplätze _____ - o Angebundene Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ - o Eingestrente Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____ - o Fix/Flex Kurzzeitpflege Beantragte Pflegeplätze _____	Die Einrichtung ist ☐ Tarifgebunden ☐ Nicht-tarifgebunden Name des Tarifs/ der AVR oder regional übliches Entgeltniveau: _____ _____

			o Integrierte Tagespflege Beantragte Pflegeplätze _____	
--	--	--	--	--

Angaben zum Personal

Bitte machen Sie Angaben zum Leitungsteam und zu den Stellenanteilen der Mitarbeitenden. Sofern eine Neubenennung einer Leitungskraft erfolgt, beachten Sie bitte, dass zusätzlich die Qualifikationsnachweise (Berufsurkunde, ggf. Nachweis über Weiterbildung/ Studium), die Angaben zur Berufserfahrung und ein polizeiliches Führungszeugnis bei den Pflegekassen einzureichen sind.

1. Verantwortliche Pflegefachkräfte (sofern vorhanden gehört hierzu auch die Gesamtleitung)

Name, Vorname der Leitungskraft	Versorgungsbereich (Mehrfachnennung möglich)	Stellenumfang in Vollzeitstellen (z.B. 1,0 Vollzeitstellen)	Ergänzende Informationen zur Leitungskraft
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tages- pflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ ☐ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tages- pflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____

Anlage 1 zum Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI

			☐ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.
		Gesamt VZK _____	

2. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname der Leitungskraft	Versorgungsbereich (Mehrfachnennung möglich)	Stellenumfang in Vollzeitstellen (z.B. 1,0 Vollzeitstellen)	Ergänzende Informationen zur Leitungskraft
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ ☐ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt. ☐
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ ☐ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt. ☐
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.

	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.
	☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Solitäre/ angegliederte Tagespflege ☐ Solitäre Kurzzeitpflege ☐ Vollstationäre Pflegeeinrichtung		☐ Die Leitungskraft war bereits beim Träger tätig. Name der Pflegeeinrichtung: _____ Funktion: _____ Es handelt sich um eine Neubenennung. Die o.g. Nachweise werden beigelegt.
		Gesamt VZK _____	

Bitte legen Sie ein **schriftliches Gesamtversorgungskonzept**, das insbesondere die Struktur und Organisation des Leitungsteams verbindlich regelt.

Personalliste: Bitte reichen Sie zusammen mit dem Strukturhebungsbogen eine vollständige Personalliste aller Mitarbeitenden der Versorgungsbereiche ein (erforderliche Angaben: Name, Vorname, Stellenumfang, Funktion und Qualifikation).

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift Träger

Teil 2: Strukturhebungsbogen für ambulante Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 1 SGB XI)

A. Angaben zum Versorgungsvertrag

1. Name der Einrichtung _____
Straße _____
Postfach _____
PLZ/Ort _____
Geschäftsführung / Inhaber:in _____
Pflegedienstleitung _____
Stellv. Pflegedienstleitung _____
Tel.-Nr. / Telefax _____
E-Mail-Adresse _____
Institutionskennzeichen (IK) _____
Landkreis / kreisfreie Stadt _____
2. Träger (Inhaber:in) der Einrichtung _____
Rechtsform _____
Straße _____
Postfach _____
PLZ / Ort _____
Tel.-Nr. / Telefax _____
- Status ☐ öffentlich ☐ freigemeinnützig ☐ privat

Beizufügende Angaben über die Gesellschafter bei der Rechtsform

- ☐ Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR):

Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, der Geschäftsführung, des Unternehmenszweckes

- ☐ Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH / gGmbH):

Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, der Geschäftsführung, des Unternehmenszweckes sowie ein Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts

- ☐ eingetragener Verein (e.V.):

Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, der Geschäftsführung, des Vereinszweckes, sowie einen Auszug aus dem Vereinsregister

☐ andere Geschäftsform (z.B. OHG, KG, AG und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts) – hier gelten die vorstehenden Nachweispflichten entsprechend

3. Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern und Pflegediensten im Land

☐ Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Zuständiger Spitzenverband: _____

☐ Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)

☐ Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad)

☐ Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

☐ Deutscher Paritätische Wohlfahrtsverband e.V. (DPVWV)

☐ Deutsches Rotes Kreuz (DRK)

☐ Caritas

Zuständiger Spitzenverband: _____

☐ Diakonie

Zuständiger Spitzenverband: _____

☐ Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)

☐ Sonstige: _____

☐ Ohne Verbandszugehörigkeit

Nachweis bitte beifügen (zum Beispiel Mitgliedsbescheinigung)

4. Bitte benennen Sie die Ortschaften / Verbandsgemeinden / Versorgungsgebiete, in denen Sie die Versorgung übernehmen (örtlicher Einzugsbereich)

Erläuterung: Der örtliche Einzugsbereich ist, ausgehend vom Betriebssitz, grundsätzlich auf einen Umgebungsradius von 20 km innerhalb von Rheinland-Pfalz beschränkt, um eine orts- und bürgernahe Versorgung zu gewährleisten und unnötig lange Anfahrtswege zu vermeiden.

5. Es ist sichergestellt, dass die Einrichtung ab _____^{*)} organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind

☐ Ja

☐ Nein

* Bitte Datum des gewünschten Zulassungsbeginns eintragen

6. Der Pflegedienst verfügt über eigene, in sich geschlossene Geschäftsräume

☐ Ja

☐ Nein

Nachweis bitte beifügen (z.B. Auszug aus dem Mietvertrag oder Bestätigung des Vermietenden oder Lageplan bei eigener Immobilie)

B. Vertragsvoraussetzungen

I. Betrieblich

1. Nachweis der Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit beim zuständigen Gesundheitsamt

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

2. Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

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

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

4. Ein Institutionskennzeichen wurde für den ambulanten Pflegedienst vergeben

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

II. Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Abs. 3a ff SGB XI

(Bitte wählen Sie ausschließlich eine Variante aus!)

Der Pflegedienst ist:

- ☐ **tarifgebunden** und wendet folgenden Tarif bzw. folgende kirchliche Arbeitsrechtsregelung an:

oder:

nicht tarifgebunden und entlohnt die Beschäftigten in der Pflege und Betreuung:

- ☐ In Anlehnung an einem Tarif bzw. eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung; bitte benennen Sie den Tarif bzw. die AVR: _____

oder:

- ☐ Nach dem regional üblichen Entgeltniveau, welches für Rheinland-Pfalz veröffentlicht wurde.

Bei Anwendung des regional üblichen Entgeltniveaus:

Das durchschnittliche Jahresarbeitnehmer-Brutto für Pflegefachkräfte beträgt zum Zeitpunkt des Zulassungsantrags _____ Euro bei einer Vollzeitstelle mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Stunden. Das Entgelt wird entsprechend der jährlichen Veröffentlichung nach § 82 c Abs. 5 SGB XI angepasst.

Nach Übersendung aller zulassungsrelevanten Unterlagen ist durch den Pflegedienst eine Registrierung auf der Homepage der DatenClearing-Stelle vorzunehmen. Dort ist die Entscheidung für den gewählten Tarif / die tarifliche Entlohnung einzutragen. Nähere Hinweise zur Meldung auf der Homepage der DatenClearing-Stelle finden Sie in den Erläuterungen des Strukturhebungsbogens auf Seite 14.

Änderungen müssen unmittelbar auf der Homepage der DCS gemeldet werden.

III. Personal

1. Bitte machen Sie Angaben zur verantwortlichen Pflegefachkraft (PDL)

Name, Vorname: _____

Beschäftigtennummer (LBNR) gemäß Beschäftigungsverzeichnis der ambulanten
Pflege _____

Beschäftigungsumfang

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit, wöchentliche Arbeitszeit: ____ Std.

Hinweis: bei einer Teilzeitbeschäftigung bitte Angaben zum Stellensplitting nach Nr. 3

2. Die PDL des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

☐ Krankenschwester / Krankenpfleger

☐ Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger

☐ Altenpflegerin / Altenpfleger

☐ Gesundheits- und Krankenpfleger / Gesundheits- und Krankenpflegerin

☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung (bitte be-
glaubigte Kopie der Urkunde beifügen)

☐ Sonstige: _____

3. Nur auszufüllen bei einem Stellensplitting, wenn die PDL nicht in Vollzeit tätig ist

Bitte machen Sie Angaben zu der weiteren PDL

Name, Vorname: _____

Beschäftigtennummer (LBNR) gemäß Beschäftigungsverzeichnis der ambulanten
Pflege _____

Beschäftigungsumfang

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit, wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std.

Die weitere PDL besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:

☐ Krankenschwester / Krankenpfleger

☐ Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger

☐ Altenpflegerin / Altenpfleger

☐ Gesundheits- und Krankenpfleger / Gesundheits- und Krankenpflegerin

☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung (bitte beigelaufte Kopie der Urkunde beifügen)

☐ Sonstige: _____

4. Die PDL hat einen unter B.III.2 genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja,

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

Nachweis der berufspraktischen Erfahrungszeit in Form von Arbeitgeberbescheinigungen oder von sonstigen geeigneten Nachweisen, aus denen die ausgeübte Tätigkeit, Dauer und Umfang der Beschäftigung hervorgeht (z.B. Arbeitszeugnissen)

5. Die PDL des Pflegedienstes übt ihre Tätigkeit hauptberuflich in dem Pflegedienst aus

☐ Ja

☐ Nein

6. Die PDL steht in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis (sofern nicht Inhaber:in)

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

7. Die PDL ist Eigentümer:in bzw. Gesellschafter:in des Pflegedienstes

☐ Ja

☐ Nein

Schriftliche Erklärung über die Beschäftigung und den Beschäftigungsumfang der PDL sowie deren Vertretung

8. Die PDL hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden absolviert

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen (Nachweis der Weiterbildung oder des Abschlusses eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität)

9. Die PDL übt diese Tätigkeit ausschließlich in dem ambulanten Dienst aus

☐ Ja

☐ Nein

Wenn nein:

Die Tätigkeit wird gleichzeitig in folgender Einrichtung / Pflegedienst ausgeübt:

Name d. Einrichtung / des Pflegedienstes: _____

Adresse: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____

10. Personelle Besetzung in der Pflege

Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl	Anzahl	Stellen- umfang	Anzahl	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
PDL						
Stellvertretende PDL						
Altenpfleger:in						
Gesundheits- und Kran- ken- pfleger:in						
Gesundheits- und Kin- derkrankenpfleger:in						
Pflegefachfrau/-mann						
Heilerziehungspfleger:in						
Krankenpflegehelfer:in						
Altenpflegehelfer:in						
Medizinische Fa- changestellte:r						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
BFDler:in						
FSJler:in						
Sonstige						
Betreuung						
Mitarbeitende Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeitende						

Berufsurkunden des Mindestpersonals (mind. 3 VZK Pflegefachkräfte) bitte beifügen

C. Leistungsumfang

I. Allgemeine Angaben / Vorstellung des Pflegedienstes

1. Von dem Pflegedienst sollen folgende ambulante Leistungen erbracht werden

- ☐ körperbezogene Pflegemaßnahmen
- ☐ Hilfen bei der Haushaltsführung
- ☐ pflegerische Betreuungsmaßnahmen

2. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt
(ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis)

☐ Ja

☐ Nein

3. Der Pflegedienst richtet sich an besondere Personengruppen
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- ☐ nur pflegebedürftige Erwachsene
- ☐ pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen
- ☐ pflegebedürftige körperbehinderte Menschen
- ☐ Apalliker
- ☐ Intensivpflege / Beatmung
- ☐ Pflegerische Palliativversorgung
- ☐ Sonstige: _____

4. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbracht?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, mit welchen?

für welche Leistungen? (Bitte **Kooperationsvertrag** beifügen)

5. Wie wird die Pflegedokumentation beim pflegebedürftigen Menschen geführt?

☐ digital

☐ in Papierform

wenn digital, hat der pflegebedürftige Mensch die Möglichkeit die aktuelle Dokumentation in Papierform zu erhalten?

☐ Ja

☐ Nein

6. Der Pflegedienst stellt Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen die telefonische Erreichbarkeit sicher und gewährleistet die notwendige Versorgung

☐ Ja

☐ Nein

7. Wird vom Träger der Einrichtung im Einzugsbereich des Pflegedienstes auch eine voll- und / oder teilstationäre Einrichtung betrieben und / oder eine ambulant betreute Wohngemeinschaft angeboten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja,

☐ Kurzzeitpflege

☐ Tagespflege

☐ Nachtpflege

☐ vollstationäre Pflege

☐ ambulant betreute WG

Bitte um Angabe des Namens, der Anschrift und ggf. des Institutionskennzeichens (IK- entfällt bei ambulant betreuter WG)

II. Investitionskosten und deren öffentliche Förderung

1. Werden Investitionskosten durch die Kommune oder das Land Rheinland-Pfalz bezuschusst?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, in welcher Höhe: _____ €

2. Dem pflegebedürftigen Menschen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet

☐ Ja

☐ Nein

Datenschutz

Das Erheben von Sozialdaten durch in § 35 des Ersten Buches (SGB I) genannte Stellen ist zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. Dies gilt auch für besondere Arten personenbezogener Daten (§ 67 Abs. 12 SGB X). Werden Sozialdaten statt bei Betroffenen bei einer nicht öffentlichen Stelle erhoben, so ist die Stelle auf die Rechtsvorschrift, die zur Auskunft verpflichtet, sonst auf die Freiwilligkeit ihrer Angaben, hinzuweisen (§ 67a Abs. 1, Satz 1 und Abs. 4 SGB X).

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Klarnamen in Druckbuchstaben

Erläuterungen zum gemeinsamen Strukturhebungsbogen für ambulante Pflegeeinrichtungen

zu A.1.:

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 verfügen, so können Sie dieses bei der nachstehenden Adresse beantragen:

Das Online-Antragsformular finden Sie unter: <https://www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp>

ARGE IK (Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen)

Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin

Homepage: <https://www.dguv.de/arge-ik>

Zu B. II:

Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Abs. 3a ff. SGB XI – Hinweise zur Tariffmeldung auf der Homepage der Daten-Clearing-Stelle (DCS)

Aufgrund der Neuzulassung als ambulanter Pflegedienst ist, zur Einhaltung der tariflichen Vergütungspflicht nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI, neben der Angabe im Strukturhebungsbogen zur Umsetzung der Tariftreue zusätzlich eine Meldung über das Portal der DCS vorzunehmen. Dieses ist über die Seite www.dcs-pflege.de aufzurufen. Da ein neu gegründeter Pflegedienst noch keine Zugangsdaten zu diesem Portal besitzt, ist zunächst eine Registrierung über den Menüpunkt „Registrierung ausschließlich für die Tariffmeldung“ vorzunehmen. Dafür sind Angaben über die Versorgungsart, das Institutionskennzeichen sowie die Postleitzahl vorzunehmen. Eine entsprechende Registrierung kann jedoch erst nach Freigabe durch die Landesverbände der Pflegekassen erfolgen, welche Sie hierüber gesondert informieren; ab diesem Zeitpunkt kann die Registrierung über das Portal der DCS vorgenommen werden. Sollte eine Registrierung mit diesen Daten dennoch nicht möglich sein, so wenden Sie sich in diesem Fall für die weitere Klärung unverzüglich an die Landesverbände der Pflegekassen.

Nach der erfolgreichen Registrierung und dem daran anknüpfenden Login können Sie über das Portal der DCS die nötigen Angaben zur Einhaltung der tariflichen Vergütungspflicht vornehmen. **Bitte achten Sie darauf, dass die dort getroffene Auswahl der von Ihnen ausgewählten Variante auf dem Strukturhebungsbogen entspricht.** So wie der Strukturhebungsbogen unterscheidet auch das Eingabeportal zwischen tarifgebundenen Einrichtungen, nicht tarifgebundenen Einrichtungen welche dennoch eine tarifliche Entgeltstruktur anwenden sowie Einrichtungen, welche das regional üblichen Entgeltniveau für Rheinland-Pfalz anwenden.

zu B.III.10:

In der Tabelle zu Punkt 10 sind die verschiedenen Berufsgruppen und die Anzahl der Mitarbeitenden unterteilt nach dem Beschäftigungsumfang (Vollzeit-, Teilzeit-, geringfügig beschäftigt) aufgeführt. Für die Umrechnung der in Teilzeit beschäftigten Mitarbeitenden in Vollzeitkräfte ist ein Berechnungsbeispiel beigelegt.

Die Umrechnung der Arbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten in Vollzeitkräfte ergibt sich aus der wöchentlich geleisteten Arbeitszeit.

Berechnungsbeispiel:

Beispielhaft sind in der Liste unter Berufsgruppe der Altenpfleger:innen 4 teilzeitbeschäftigte Mitarbeitende angegeben, die umgerechnet als 2,08 Vollzeitkräfte zählen.

Die Zahl der Vollzeitkräfte kommt wie folgt zustande:

Insgesamt werden 4 Altenpfleger:innen mit unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten beschäftigt. Der / die erste Altenpfleger:in leistet 10 Stunden Arbeitszeit wöchentlich, der / die zweite und dritte Altenpfleger:in 20 Stunden und der / die vierte Altenpfleger:in 30 Stunden.

1. Altenpfleger:in:

10 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 26 % = 0,26 Vollkraft

2. Altenpfleger:in:

20 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 52 % = 0,52 Vollkraft

3. Altenpfleger:in:

20 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 52 % = 0,52 Vollkraft

4. Altenpfleger:in:

30 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 78 % = 0,78 Vollkraft

insgesamt: 2,08 Vollkräfte

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Ausgefüllter rechtsverbindlich unterschriebener Strukturhebungsbogen
- ☐ Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag (GbR)
- ☐ Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag + Auszug aus dem Handelsregister (bei GmbH)
- ☐ Kopie der Vereinssatzung und Auszug aus dem Vereinsregister (bei e.V.)
- ☐ Nachweis über die Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern und Pflegediensten im Land
- ☐ Auszug aus dem Mietvertrag oder Bestätigung des Vermietenden oder Lageplan bei eigener Immobilie
- ☐ Bestätigung des Gesundheitsamtes oder Kopie des Anschreibens in Verbindung mit einem Nachweis über den Zugang des Schreibens z.B. Rückschein
- ☐ Anmeldebestätigung der Berufsgenossenschaft
- ☐ Nachweis der Betriebs- / Berufshaftpflichtversicherung mit Deckungssumme
- ☐ Nachweis des Institutionskennzeichens
- ☐ DCS-Meldung gemäß § 72 Abs. 3a ff. SGB XI

Personalunterlagen (einzureichen für die verantwortliche Pflegefachkraft, deren Vertretung, sowie des Mindestpersonals)

- ☐ beidseits unterschriebene Erklärung aus der Beschäftigungsumfang, Beginn der Beschäftigung und die Stellenbezeichnung hervorgeht
- ☐ Kopie der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ☐ Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

Zusätzliche Unterlagen der verantwortlichen leitenden Pflegefachkraft

- ☐ Nachweis über die Weiterbildungsmaßnahme für leitenden Funktionen (mind. 460 Stunden)
- ☐ Tätigkeitsnachweise für über mind. 2 Jahre innerhalb der letzten 8 Jahre
- ☐ Ggf. schriftliche Erklärung über die Beschäftigung und den Beschäftigungsumfang der PDL sowie deren Vertretung (nur bei Eigentümer:in / Gesellschafter:in)

polizeiliches Führungszeugnis gem. § 30 Bundeszentralregistergesetz (BZRG), jeweils nicht älter als drei Monate:

- ☐ für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung
- ☐ für den / die Geschäftsführer:in bzw.
- ☐ bei Einzelkaufleuten und Personengesellschaften für den / die Inhaber:in

Teil 3: Strukturhebungsbogen für teilstationäre Pflegeeinrichtungen (§ 41 SGB XI)

Neuantrag nach § 72 SGB XI

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt zum _____ die Zulassung für den Bereich der

☐ Tagespflege (gemäß § 41 SGB XI)

☐ solitär

☐ angegliedert

Anzahl der beantragten Tagespflegeplätze: _____ **Pflegeplätze**

I. Angaben zum Neuantrag

A. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung _____

Straße _____

Postfach _____

PLZ / Ort _____

Pflegedienstleiter/in _____

Tel.-Nr. / Fax-Nr. _____

E-Mail _____

Landkreis / kreisfreie Stadt _____

IK-Kennzeichen _____

☐ Bestätigung der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen ist beigelegt.

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 beigelegt.

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

II. Strukturdaten

A. Die Pflegeeinrichtung ist

- ☐ gepachtet / gemietet
 - ☐ im Eigentum
 - ☐ sonstige
-

☐ Entsprechender Miet-, Pachtvertrag oder Grundbuchauszug ist beigelegt.

B. Gebäudestruktur und Ausstattung

In Auslegung der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung...“ nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege sind folgende Räumlichkeiten bzw. ist folgende Ausstattung als Mindeststandard vorzuhalten:

- Wohn-/Aufenthaltsräume (20 m² für 4 Personen + 2 m² für jede weitere Person),
- Ruheräume (12 m² für 4 Person + 2 m² für jede weitere Person),
- Sanitärräume (Behinderten WC, Dusche, ...),
- Möglichkeit zur Heilmittelerbringung (Separater Raum oder Raum mit Schiebetür und ausreichender Größe, wenn die Tür geschlossen ist. Bei zwei vorhandenen Ruheräumen kann ein Ruheraum zur Heilmittelerbringung verwendet werden, wenn konzeptionell hinterlegt ist, dass dies nur außerhalb der üblichen Ruhezeiten erfolgt.),
- Küche bzw. Küchenzeile,
- Pflegebett.

Folgende Nachweise sind beigelegt:

- ☐ Grundrissplan mit Angaben über die Größe und Zweckbestimmung der Räume
- ☐ Baugenehmigung bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung bei bestehenden Gebäuden
- ☐ Nachweis der mängelfreien Bauabnahme
(kann durch den/die Architekt:in oder den/die Bauingenieur:in bestätigt werden)
- ☐ Bestätigung zur Erfüllung des Brandschutzes
- ☐ Bestätigung der Barrierefreiheit nach DIN 18040-1
(kann durch den/die Architekt:in oder den/die Bauingenieur:in bestätigt werden)
- ☐ Nachweis über das Vorhandensein einer mängelfreien Rufanlage
- ☐ Nachweis über das Vorhandensein eines Pflegebettes
- ☐ Unbedenklichkeitsbescheinigung durch das Gesundheitsamt
- ☐ Unbedenklichkeitsbescheinigung der Küche durch das Veterinäramt bzw. die zuständige Behörde
- ☐ ggf. Nachweis über die Freigabe des Fahrstuhls durch zugelassene Prüforganisation (z.B. TÜV)

C. Wirtschaftliche Selbstständigkeit

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 Finanzierungsverantwortlichkeiten in der Einrichtung im Rahmen einer doppelten Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsätzen getrennt werden. Die Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflege-Buchführungsverordnung - PBV) wird beachtet.

☐ Ja

D. 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 beigelegt.**

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

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 ist beigelegt.**

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 beigelegt.**

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

☐ **Aktuelles Führungszeugnis ist beigelegt.**

E. 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 beigelegt.**

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 beigelegt.

F. Personelle Besetzung in der Pflegeeinrichtung

Zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Tagespflege sind bei einer geplanten Öffnungszeit von jeweils 8 Stunden an 5 Tagen in der Woche mindestens 1,26 Vollzeitstellen Pflegefachkräfte zusätzlich zur Pflegedienstleitung (im vereinbarten freigestellten Umfang) nachzuweisen. Im laufenden Betrieb sind die vereinbarten Personalschlüssel bzw. Personalrelationen nach § 113c SGB XI einzuhalten.

☐ Die Arbeitsverträge der Pflegefachkräfte sind beigelegt.

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

☐ Ja

Für die Zulassung muss ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme neben der verantwortlichen Pflegefachkraft die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft während der Öffnungszeiten sichergestellt sein.

**Öffnungszeiten der
Tagespflegeeinrichtung:** _____

III. Leistungsdaten

A. Art der Belegung

1. Die Einrichtung hat folgenden fachlichen Schwerpunkt:

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

B. Beförderungsleistungen

- ☐ Der Fahrdienst wird durch die Tagespflege erbracht.
- ☐ **Der Arbeitsvertrag des/ der Fahrer:in ist beigelegt.**
- ☐ Der Fahrdienst wird im Rahmen eines Dienstleistungsvertrages erbracht.
- ☐ **Der Auszug aus dem Vertrag ist beigelegt.**

C. 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 Rheinland-Pfalz und die Landesverbände der Pflegekassen vor Leistungsbeginn **ist beigelegt.**

IV. Sonstige Angaben

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

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ambulanten Pflegedienst | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Vollstationäre Pflegeeinrichtung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Betreutes Wohnen/ Service-Wohnen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Krankenhaus | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sonstige Einrichtung | ☐ Ja | ☐ Nein |

Wenn ja, welche?

B. Pflegerische Konzeption

Eine Pflegerische Konzeption ist zu erstellen.

☐ **Pflegekonzept ist beigelegt**

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 beigelegt**.

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

☐ Tarifierhebung 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 beigelegt (Arbeitsverträge, etc.)

F. Einrichtung internes 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 beigelegt**.

☐ wird entwickelt und eingeführt. Bis wann? _____

G. Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft

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

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 beigelegt**.

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.
- ☐ Handelsregistrauszug/ Vereinsregistrauszug sowie Gesellschaftervertrag / Vereins-satzung
- ☐ Mietvertrag/ Pachtvertrag/ Eigentumsnachweis (Auszug aus dem Grundbuch)
- ☐ Grundrissplan mit Angaben über die Größe und Zweckbestimmung der Räume
- ☐ Baugenehmigung bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung bei bestehenden Gebäuden
- ☐ Nachweis der mängelfreien Bauabnahme
(kann durch den/die Architekt:in oder den/die Bauingenieur:in bestätigt werden)
- ☐ Bestätigung zur Erfüllung des Brandschutzes
- ☐ Bestätigung der Barrierefreiheit nach DIN 18040-1
(kann durch den/die Architekt:in oder den/die Bauingenieur:in bestätigt werden)
- ☐ Nachweis über das Vorhandensein einer mängelfreien Rufanlage
- ☐ Nachweis über das Vorhandensein eines Pflegebettes
- ☐ Unbedenklichkeitsbescheinigung durch das Gesundheitsamt
- ☐ Unbedenklichkeitsbescheinigung der Küche durch das Veterinäramt bzw. die zustän-dige Behörde
- ☐ ggf. Nachweis über die Freigabe des Fahrstuhls durch zugelassene Prüforganisation (z.B. TÜV)
- ☐ Qualifikationsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft (Berufsurkunde)
- ☐ Nachweis der Berufserfahrung der verantwortlichen Pflegefachkraft anhand von Arbeits-zeugnissen
- ☐ Arbeitsvertrag der verantwortlichen Pflegefachkraft (aus welchem die Funktion, der Stel-lenumfang 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 (Berufs-urkunde)

- ☐ Arbeitsvertrag der Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (aus welchem die Funktion, der Stellenumfang sowie der Einsatzort hervorgehen)
- ☐ Nachweis Personal (Arbeitsverträge mit Einsatzort, Stellenumfang, Beginn der Tätigkeit und Qualifikation)
- ☐ Nachweis zur Sicherstellung der Beförderungsleistungen
- ☐ 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
- ☐ 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

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 LANDESVIRBAND 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**

Teil 4: Strukturhebungsbogen für stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI)

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 beigelegt**

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 beigelegt.**

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 beigelegt.**

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

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 ist beigelegt.**

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 beigelegt.**

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

☐ **Aktuelles Führungszeugnis ist beigelegt.**

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 beigelegt.**

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 beigelegt.**

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 beigelegt.

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 Pflegegesetz 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 Rheinland-Pfalz und die Landesverbände der Pflegekassen vor Leistungsbeginn **ist beigelegt**.

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 beigelegt.

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 beigelegt**.

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

☐ Tarifierlehnung 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 beigelegt (Arbeitsverträge, etc.)

F. Einrichtungssinternes Qualitätsmanagement

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

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

☐ wird entwickelt und eingeführt. Bis wann? _____

G. Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft

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

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 beigelegt**.

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 / Vereinsatzung
- ☐ 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**