

**Antrag der Landesverbände der Pflegekassen Sachsen-Anhalt  
auf Aktualisierung des bestehenden Versorgungsvertrages  
nach § 72 SGB XI  
für teilstationäre Tages- und/oder Nachtpflege bei:**

Änderungen einrichtungsbezogener Daten

Aufforderung zur Verhandlung der Pflegesätze und der Vergütungszuschläge gemäß § 43 SGB XI

**1. Name der Einrichtung**

Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
IK: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**2. Träger/Inhaber der Einrichtung**

Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**3. Status der Einrichtung**

privat                                       freigemeinnützig                                       öffentlich

**4. Träger betreibt andere Einrichtungen**       Ja       nein

Wenn ja, welche? (bitte ankreuzen)       vollstationär       ambulant       teilstationär

**5. Mitglied in einem Verband**       Ja       nein

Wenn, ja welcher? \_\_\_\_\_

**6. Angaben zur Pflegedienstleitung (PDL) und stellvertretenden Pflegedienstleitung**

**a) Name der Pflegedienstleitung:** \_\_\_\_\_

Qualifikation/Beruf: \_\_\_\_\_

Abgeschlossene Zusatzqualifikation zur Pflegedienstleitung seit: \_\_\_\_\_

Angabe der VZK, wenn nicht zu 100% in der Tagespflege beschäftigt: \_\_\_\_\_

**b) Name der stellvertretenden Pflegedienstleitung:** \_\_\_\_\_

Qualifikation/Beruf: \_\_\_\_\_

**Folgende Nachweise sind für die Pflegedienstleitung und stellvertretenden Pflegedienstleitung bei Veränderungen beizufügen:**

**Die staatliche Anerkennung zum Beruf bzw. der Berufsabschluss** (beglaubigte Kopie des Originals)

PDL: \_\_\_\_\_ stell. PDL \_\_\_\_\_

	<b>PDL</b>	<b>stellv. PDL</b>
• Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beschäftigungsnachweis – Anlage 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• den/die Nachweis/e der 2-jährigen hauptberuflichen Tätigkeit in den letzten 8 Jahren in dem genannten Beruf	<input type="checkbox"/>	
• aktuelles Führungszeugnis, nicht älter als 3 Monate	<input type="checkbox"/>	
• Nachweis über die Zusatzqualifikation als PDL mind. 460 Stunden	<input type="checkbox"/>	

**7. Personelle Besetzung**

Die Angaben zur prospektiven personellen Besetzung in der Anlage 2 vornehmen.

**8. Weiterhin müssen folgende Unterlagen bei Änderungen einrichtungsbezogener Daten beigefügt werden (nur das jeweils zutreffende ist einzureichen)**

- Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit beim Finanzamt
- Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit beim Gesundheitsamt
- Nachweis Baugenehmigung /Nutzungsfreigabe des örtlichen Bauordnungsamtes /Mietvertrag
- Raumplanung mit Zweckangabe und Größe
- Nachweis der Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft (Unfallversicherung)
- Ausreichende Versicherungen über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- aktuelles Führungszeugnis des Geschäftsführers/Inhabers (nicht älter als 3 Monate)
- Muster des Tages- und /oder Nachtpflegevertrages
- Pflegekonzeption (einschließlich internes Qualitätsmanagement)
- Bei Vereinen einen amtlichen aktuellen Auszug aus dem Vereinsregister
- Bei Kapital- und Personengesellschaften einen Auszug aus dem Handelsregister
- Kopie des Übernahmevertrages

## 9. Kapazitätsveränderungen

Anzahl der Plätze in der Tages-/Nachtpflege: alt \_\_\_\_\_ neu \_\_\_\_\_

Anzahl der Plätze im	Nachtpflege alt	Nachtpflege neu
Einbettzimmer		
Zweibettzimmer		

Öffnungszeiten Tagepflege: Mo. – Fr. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr  
 Sa. – So. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Öffnungszeiten Nachtpflege: Mo. – Fr. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr  
 Sa. – So. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

## 10. Vergütungsvorschlag für allgemeine Pflegeleistungen und Unterkunft/Verpflegung (Investitionskosten gemäß § 82 SGB XI sind **nicht** Bestandteil der Pflegesätze.)

Wir wenden folgenden Tarif/ folgendes Tarifwerk/folgende Arbeitsvertragsrichtlinien an:

\_\_\_\_\_

Wir wenden keinen Tarif/kein Tarifwerk/keine Arbeitsvertragsrichtlinien an.

### 10.1 Individuelles Pflegesatzverfahren

Wir wollen eine neue Pflegesatzvereinbarung ab dem \_\_\_\_\_ mit folgenden neuen Pflegesätzen für mindestens 12 Monate abschließen.

Pflegegrade SGB XI	Allgemeine Pflegeleistung/Tag	Unterkunft/Tag	Verpflegung/Tag
1	€	€	€
2	€	€	€
3	€	€	€
4	€	€	€
5	€	€	€

### 10.2 Vereinfachtes Pflegesatzverfahren

Wir wollen eine neue Pflegesatzvereinbarung mit vereinfachter Steigerung der Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft/Verpflegung ab dem \_\_\_\_\_ für mindestens:

- 12 Monate
- 15 Monate
- 18 Monate

abschließen.

## 11. Vergütungsvorschlag für den Zuschlag gemäß § 43 b SGB XI

### 11.1 Individuelles Verfahren

- Wir möchten den Vergütungszuschlag nach § 43 b SGB XI individuell verhandeln und eine Kostenkalkulation ist beigefügt.

Unser Preisvorschlag lautet: \_\_\_\_\_ €/Tag (Laufzeit analog Punkt 10.1)

### 11.2 Vereinfachtes Verfahren

- Auf Basis der bisherigen Vereinbarung beantragen wir die vereinfachte Steigerung des Vergütungszuschlages nach § 43 b SGB XI (Laufzeit analog Punkt 10.2)

## 12. Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI

- Wir wollen dem Pflegebedürftigen Zusatzleistungen anbieten. Wir haben die angebotenen Zusatzleistungen als Anlage beigefügt.
- Wir wollen der/m Pflegebedürftigen keine Zusatzleistungen anbieten.
- Die Anzeige der Zusatzleistungen liegt bereits vor.

## 13. Wirtschaftliche Selbstständigkeit

Die wirtschaftliche Selbstständigkeit ist dokumentiert durch:

- Doppelte Buchführung gemäß Buchführungsverordnung (PBV)
- Vereinfachte Einnahmen- und Ausgabenrechnung gemäß § 259 BGB

## 14. Nachfolgende Unterlagen sind zwingend mit den Antragsunterlagen zur Pflegesatzverhandlung einzureichen:

- Anlage 1 - prospektive Kostenaufstellung (gilt nur bei individueller Verhandlung)
- Anlage 2 - prospektive Personalaufstellung (gilt nur bei individueller Verhandlung)
- Anlage 3 - Beschäftigungsnachweis (bei Bedarf für PDL und stellvertretende PDL)
- Anlage 4 - Pflegesatzberechnungsmuster ( Ermittlung Pflage tage )
- Anlage 2 - zur Pflegesatzvereinbarung einschl. Hilfsmittelliste

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift