

**Antrag der Landesverbände der Pflegekassen Sachsen-Anhalt  
auf Aktualisierung des bestehenden Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI  
für vollstationäre Pflege bei:**

- Änderungen einrichtungsbezogener Daten
- Aufforderung zur Pflegesatzverhandlung und der Verhandlung der Vergütungszuschläge gemäß § 43b SGB XI

**1. Name und Anschrift der Einrichtung:**

_____	Telefon
_____	Fax
_____	IK
_____	E-Mail

Name der Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_

**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. Mitgliedschaft in einem Verband**                    ja     nein

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

**6. Angaben zur Pflegedienstleitung u. stellvertretenden Pflegedienstleitung**

**Name der Pflegedienstleitung** \_\_\_\_\_

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

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

**Name der stellvertretenden Pflegedienstleitung** \_\_\_\_\_

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

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

**Staatliche Anerkennung zur Führung der Berufsbezeichnung** (beglaubigte Kopie des Originals)

**PDL:** \_\_\_\_\_

**Stellv. PDL:** \_\_\_\_\_

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Altenpfleger/in

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Altenpfleger/in

Beschäftigungsnachweis – Anlage 3

Beschäftigungsnachweis – Anlage 3

- den/die Nachweis/e der 2-jährigen hauptberuflichen Tätigkeit in den letzten acht Jahren in dem genannten Beruf
- aktuelles Führungszeugnis, nicht älter als 3 Monate
- Nachweis über die Zusatzqualifikation als PDL mind. 460 Std

**7. Personelle Besetzung**

Angaben zur prospektiven personellen Besetzung bitte in **Anlage 2** vornehmen.

**7.1 weitere Angaben zum Pflege- und Betreuungspersonal (in VZK\*)**

(\* 1 Vollzeitkraft (VZK) = 40 h /Woche)

Anzahl Pflegepersonal  
Stichtag: \_\_\_\_\_  
(4 Wochen vor der Antragsstellung)

Anzahl Pflegepersonal (100 %)  
(prospektiv für den beantragten Zeitraum)

Pflegefachkräfte	_____ VZK*	_____ VZK
Pflegehilfskräfte	_____ VZK	_____ VZK
<b>Anzahl gesamt</b>	<b>===== VZK</b>	<b>===== VZK</b>

QMB <sup>1</sup>	_____ VZK
zusätzl. Betreuungspersonal gem. § 43b SGB XI	_____ VZK
PSG II-Personal <sup>2</sup>	_____ VZK

<sup>1</sup> - Kann-Regelung; 1:100 bei Bedarf außerhalb der vereinbarten Personalschlüssel, bei festangestelltem Personal Zurechnung zur Pflege und der damit verbundenen Fachkraftquote als administrative Tätigkeit

<sup>2</sup> - in Pflegeeinrichtungen mit mindestens 40 Pflegeplätzen = 1,00 VZK; Kleinsteinerichtungen mit mind. 20 Plätzen = 0,50 VZK verpflichtend vorzuhalten, Ansatz außerhalb der Fachkraftquote)

**weiteres Personal**

	Anzahl in VZK
Leitung und Verwaltung	
Wirtschaftspersonal	
Sonstiges: .....	

## 7.2 Personalrichtwerte

### beantragte Personalrichtwerte

Pflegegrad 2	1 : _____
Pflegegrad 3	1 : _____
Pflegegrad 4	1 : _____
Pflegegrad 5	1 : _____

### Personalrichtwerte mit Bandbreiten für Sachsen-Anhalt

Pflegegrad 2	1 : 4,50 – 3,67
Pflegegrad 3	1 : 3,34 – 2,70
Pflegegrad 4	1 : 2,61 – 2,11
Pflegegrad 5	1 : 2,10 – 1,82

## 8. Kapazität der Einrichtung (bei Veränderung Nachweis über die Information an die Heimaufsicht beifügen)

Anzahl: \_\_\_\_\_ Plätze (Anzahl entspricht den Pflegeplätzen nach § 72 SGB XI)

### 8.1 Angaben zur Belegungsstruktur

Stichtag: \_\_\_\_\_ Belegung (4 Wochen vor Antragsstellung)

Pflegegrad 2	_____
Pflegegrad 3	_____
Pflegegrad 4	_____
Pflegegrad 5	_____

### 8.2 prozentualer Anteil der Kostenträger nach § 85 Abs. 2 SGB XI in dem Kalenderjahr, welches der Antragstellung voraus geht:

AOK \_\_\_\_\_ %, VdEK \_\_\_\_\_ %, BKK \_\_\_\_\_ %, IKK \_\_\_\_\_ %,

Knappschaft \_\_\_\_\_ %, sonstige \_\_\_\_\_ % (SVLFG, priv. KV),

davon: Sozialhilfeempfänger \_\_\_\_\_ %

## 9. Vergütungsvorschlag für allgemeine Pflegeleistungen und Unterkunft/ Verpflegung

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

\_\_\_\_\_

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

### 9.1 Individuelles Pflegesatzverfahren

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

Pflegegrad SGB XI	allgemeine Pflegeleistungen/Tag	Unterkunft/Tag	Verpflegung/Tag
2	€	€	€
3	€	€	€
4	€	€	€
5	€	€	€

## 9.2 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
  - 21 Monate abschließen.

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

### 10.1 Individuelles Verfahren

- Wir möchten den Vergütungszuschlag nach § 43b SGB XI individuell verhandeln und haben eine Kostenkalkulation beigefügt.  
Unser Preisvorschlag lautet: \_\_\_\_\_ €/Monat (Laufzeit analog Punkt 9.1)

### 10.2 Vereinfachtes Verfahren

- Auf Basis der bisherigen Vereinbarung beantragen wir die vereinfachte Steigerung des Vergütungszuschlages nach § 43b SGB XI (Laufzeit analog Punkt 9.2).

## 11. Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI

- Wir wollen der/m 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.

## 12. Nachfolgende Unterlagen sind zwingend mit den Antragsunterlagen zur Pflegesatzverhandlungen einzureichen:

- Anlage 1 - prospektive Kostenaufstellung (gilt nur bei individueller Verhandlung)
- Anlage 2 - prospektive Personalaufstellung (gilt nur bei individueller Verhandlung)
- Anlage 3 - Beschäftigungsnachweis ( bei Veränderung der PDL und stellv. PDL)
- Stellungnahme der Bewohnervertretung/Bewohnerbeirat bzw. des Bewohnerfürsprechers nach § 14 Abs. 2 WTG LSA
- Anlage zur Pflegesatzvereinbarung einschl. Hilfsmittelliste

---

Ort, Datum

---

rechtsverbindliche Unterschrift

## Sächliche Ausstattung

### 1.1. Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln

Die Pflegeeinrichtung stellt die notwendige Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln sicher, soweit hierfür im Einzelfall nicht die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse nach § 33 SGB V oder anderer Leistungsträger gegeben ist.

Eine Auflistung der Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel ist **als Anlage beigefügt**.

### 2. Beschreibung des zu betreuenden Personenkreises

#### 2.1 Anzahl der Bewohner prospektiv:

Pflegegrad	Anzahl der Pflegebedürftigen
2	
3	
4	
5	

#### 2.2 zu betreuender Personenkreis/Zielgruppe

--

- davon Personengruppen mit besonderem Pflegebedarf:

--

#### 2.3 Ausschlusskriterien

Darstellung der Personengruppen die nicht aufgenommen werden können. Es darf aber keine mit dem SGB XI nicht konforme Eingrenzung der Zielgruppe vorgenommen werden.

--