

Träger der Pflegeeinrichtung

Straße Nr.

PLZ Ort

Datum

Variante 1: Bewilligung von Leistungen nach § 8 Abs. 6 SGB XI

Pflegeeinrichtung „Name“

Sehr geehrte/-r Frau/Herr Name,

aufgrund Ihres Antrags vom Datum für die Pflegeeinrichtung „Name“ (Anschrift: Straße Nr., PLZ, Ort; Institutionskennzeichen IK) gewähren wir Ihnen die Zahlung eines monatlichen Vergütungszuschlags zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte nach § 8 Abs. 6 SGB XI entsprechend der folgenden tabellarischen Angaben:

Stellenumfang gesamt (Vollzeitäquivalent)	Zeitraum	Monatlicher Betrag in Euro
X,X VK	(rückwirkend) ab Monat Jahr [optional: bis Monat Jahr]	Betrag Euro
[Anmerkung: nur bei bereits feststehenden Veränderungen in der Zukunft] X,X VK	ab Monat Jahr [optional: bis Monat Jahr]	Betrag Euro

[Optional bei teilweise abweisendem Bescheid: Im Übrigen wird der Antrag abgelehnt/zurückgewiesen.]

Begründung

a) Tatsächliche Gründe auf Grundlage des o. g. Antrags

[Textfeld für individuelle tatsächliche Gründe; nachfolgende Optionen sind individuell für die jeweils zutreffende Pflegekraft auszuführen]

[Optional bei befristeten Arbeitsverträgen: Die geltend gemachten Aufwendungen für die Pflegefachkraft mit einem Stellenanteil von X,X VK können aufgrund der befristeten Beschäftigung längstens bis einschließlich Monat Jahr (Ende der Vertragslaufzeit) berücksichtigt werden.]

[Optional bei Hilfskräften: Die Berücksichtigung der geltend gemachten Aufwendungen für die Pflegehilfskraft mit einem Stellenanteil von X,X VK erfolgt befristet und längstens für den Zeitraum der Ausbildung von Monat Jahr bis Monat Jahr.]

[Optional bei zukünftiger Beschäftigung: Die geltend gemachten Kosten für die Pflegefachkraft/hilfskraft mit einem Stellenanteil von X,X VK werden ab Tätigkeitsbeginn Monat Jahr berücksichtigt.]

[Optional: Sofern Antrag teilweise gewährt und teilweise abgelehnt wird hier ergänzend die Gründe für eine teilweise Ablehnung angeben, z.B.:

- Die Gewährung des Zuschlags kann frühestens ab Monat Jahr (Beginn des Monats der Antragsstellung) gewährt werden, unabhängig davon, dass der Arbeitsbeginn bereits zu Monat Jahr erfolgte (Ziffer 4 Absatz 2 Vergütungszuschlags-Festlegungen)
- Die angegebene zusätzliche Stelle Nähere Bezeichnung kann nicht berücksichtigt werden, da der Arbeitsbeginn länger als sechs Monate vor Antragstellung zurückliegt (Ziffer 2 Absatz 2 Vergütungszuschlags-Festlegungen)]

Die Höhe des monatlichen Vergütungszuschlags setzt sich aufgrund der Angaben des o. g. Antrags und oben stehender Begründungen wie folgt zusammen:

Bezeichnung zusätzliche Stelle (Pflegefachkraft oder Pflegehilfskraft)	Stellenanteil (VK)	Neueinstellung oder Stellenaufstockung	Tätigkeitsbeginn	Ggf. Tätigkeitsende	Höhe Aufwendungen in Euro monatlich
Summe Vergütungszuschlag monatlich					

[Optional: Ggf. zweite Tabelle für weiteren Gewährungszeitraum ergänzen bei bereits feststehenden Veränderungen in der Zukunft]

b) Rechtliche Gründe

Der o. g. Vergütungszuschlag wird auf Grundlage der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 6 SGB XI zur Finanzierung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegestellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Vergütungszuschlags-Festlegungen) in der Fassung vom 04.02.2019 gewährt. Der Anspruch ist begründet, da die Voraussetzungen nach § 8 Absatz 6 SGB XI erfüllt sind.

[Textfeld für eine rechtliche individuelle Begründung]

Ergänzende Hinweise

Der Vergütungszuschlag ist zweckgebunden vollständig zur Finanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals zu verwenden. Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Nachweise zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nach § 8 Absatz 6 SGB XI zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Er ist ferner verpflichtet, Änderungen der dem Antrag zugrundeliegenden Sachverhalte unverzüglich der bescheiderstellenden Pflegekasse anzuzeigen.

Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind vom Träger der Pflegeeinrichtung unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 SGB XI auf Verlangen der bescheiderstellenden Pflegekasse innerhalb von zehn Werktagen nachzuweisen. Hierzu sind insbesondere Lohnjournale der zusätzlichen Pflegekraft für einen vorgegebenen Zeitraum und die Jahresmeldung zur Sozialversicherung der zusätzlichen Pflegekraft für das vorangegangene Kalenderjahr zur Einsichtnahme vorzulegen.

Der Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen beendet den Anspruch auf die Zahlung des Vergütungszuschlags. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend nicht über das Pflegepersonal verfügt, das sie nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vorzuhalten hat und damit das aufgrund § 8 Absatz 6 SGB XI eingestellte Personal nicht mehr als zusätzlich gilt. Der Anspruch endet auch, wenn die der Bemessung des Vergütungszuschlags zugrunde liegenden Arbeits-

/Ausbildungsverhältnisse nicht mehr bestehen. Im Falle von Stellennachbesetzungen bzw. –aufstockungen, die die tatsächlichen Aufwendungen unberührt lassen (z. B. gleiche Einstufungen), besteht der Anspruch auf Zahlung des nach Ziffer 6 festgelegten Vergütungszuschlags in gleicher Höhe fort.

Die Beendigung des Anspruchs hat die Aufhebung des Bewilligungsbescheides zur Folge sowie ggf. eine Rückforderung von überzahlten Vergütungszuschlägen.

[Optional bei Neu- bzw. Folgeantrag: Der Bescheid vom Datum wird mit Wirkung zum Datum aufgehoben.]

Auszahlung

Die Auszahlung erfolgt jeweils zum 15. Tag des laufenden Monats an die gegenüber der Arbeitsgemeinschaft IK nach § 103 SGB XI i. V. m. § 293 Absatz 1 SGB V gemeldete Bankverbindung der oben genannten Pflegeeinrichtung.

Rechtsbehelfsbelehrung

Zuständige Widerspruchsbehörde, Form, Frist [Rechtsbehelfsbelehrung der jeweiligen Pflegekasse]

Name und Unterschrift bzw. „Dieser Bescheid wurde maschinell erstellt und ist daher ohne Unterschrift gültig.“

Pflegekasse

Pflichtangaben (Leiter / Verfahrensbevollmächtigter)

Aufsicht

Träger der Pflegeeinrichtung

Straße Nr.

PLZ Ort

Datum

Variante 2: Ablehnung Ihres Antrags auf Leistungen nach § 8 Abs. 6 SGB XI

Pflegeeinrichtung „Name“

Sehr geehrte/-r Frau/Herr Name,

Ihr Antrag vom Datum für die Pflegeeinrichtung „Name“ (Anschrift: Straße Nr., PLZ, Ort; Institutionskennzeichen IK) wird abgelehnt/zurückgewiesen.

Begründung

[Übersichtsartige Darstellung, welche Vorschritte (z. B. Nachforderung von Unterlagen) erfolgt sind.]

[Begründung, warum Ablehnung erfolgt.]

Rechtsbehelfsbelehrung

Zuständige Widerspruchsbehörde, Form, Frist [Rechtsbehelfsbelehrung der jeweiligen Pflegekasse]

Name und Unterschrift bzw. „Dieser Bescheid wurde maschinell erstellt und ist daher ohne Unterschrift gültig.“