**Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI für teilstationäre Pflegeeinrichtungen**

Der Träger beantragt für die nachfolgend genannte Einrichtung die Zulassung zur Pflege durch Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI. Die Inbetriebnahme der teilstationären Pflegeeinrichtung ist für den vorgesehen.

**1. Allgemeine Angaben**

1. Einrichtung

 Name 1 der Einrichtung

 Name 2 der Einrichtung

 Straße

 PLZ, Ort

 Landkreis/kreisfreie Stadt

 Telefon/Telefax

 E-Mail

Institutionskennzeichen der **teilstationären** Pflegeeinrichtung

1. Träger der Einrichtung

 Name 1 des Trägers

 Name 2 des Trägers

 Rechtsform (z.B. GmbH, e.V., GbR, Einzelunternehmen)

 Straße

 PLZ, Ort

 Geschäftsführer/in

 Telefon/Telefax

 E-Mail

1. Status der Einrichtung [ ]  [ ]  [ ]

 privat freigemeinnützig öffentlich

1. Verbandszugehörigkeit [ ]  [ ]

Ja Nein

Angaben zum Verband:

 Bezeichnung 1

 Bezeichnung 2

 Straße

 PLZ, Ort

 Telefon/Telefax

**2. Weitere Einrichtungen des Trägers**

\* Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn eine strukturelle Anbindung (Personal, Wäsche, Speise-/ Getränkeversorgung, Fahrdienst) geplant ist.

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung | Angabe des/der Institutionskennzeichen |
| ambulante Pflegedienste |  |
| teilstationäre Pflegeeinrichtungen |  |
| Kurzzeitpflege-einrichtungen |  |
| vollstationäre Pflegeeinrichtungen *(einschl. Wachkoma, Beatmung, psych. und seel. Behinderung)* |  |

**3. Allgemeine Anforderungen**

**3.1 Anforderungen an eine teilstationäre Pflegeeinrichtung**

Eine teilstationäre Pflegeeinrichtung darf nur betrieben werden, wenn der Träger

1. die notwendige Zuverlässigkeit, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb einer Tagespflege, besitzt,
2. sicherstellt, dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht,
3. ein Qualitätsmanagement betreibt.

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen sollen über eine Kapazität von mindestens 12 teilstationären Pflegeplätzen verfügen. Die Unterschreitung der Mindestplatzkapazität ist im Einzelfall möglich, wenn durch die Vernetzung von Teilbereichen zu einer Gesamteinrichtung oder durch die Spezifik der zu betreuenden Pflegebedürftigen in einer Einrichtung die betriebswirtschaftliche Leistungsfähigkeit gewährleistet ist.

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen stellen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten, üblicherweise an fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens sechs Stunden täglich, Pflege- und Betreuungsleistungen sicher. Nachtpflegeeinrichtungen stellen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten, üblicherweise an fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens 12 Stunden täglich, Pflege- und Betreuungsleistungen sicher.

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch

die Beförderung des Pflegebedürftigen[[1]](#footnote-1) von der Wohnung zur teilstationären Pflege-einrichtung und zurück sicherzustellen. Dabei kann sie sich auch Dritter bedienen.

**3.2. Antragsverfahren**

1. Die vorgesehene Inbetriebnahme ist den Landesverbänden der Pflegekassen spätestens drei Monate vorher anzuzeigen. Gleichzeitig ist der Antrag, inklusive der erforderlichen Nachweise, vollständig ausgefüllt einzureichen.
2. Steht die personelle Besetzung zum Zeitpunkt der Anzeige noch nicht fest, ist die Mitteilung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch vor Inbetriebnahme, nachzuholen.
3. Ergeben sich während des Zulassungsverfahrens Änderungen, die Angaben gemäß Absatz 1 und 2 (z.B. personell, wirtschaftlich und strukturell) betreffen, sind diese den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
4. **Organisatorische Voraussetzungen**

a) Besteht eine Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft?

 [ ]  ja Bitte Nachweis in Kopie beifügen.

 [ ]  beantragt Datum:

b) Wurde eine ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung

 für Personen-, Sach- und Vermögensschäden abgeschlossen?

 [ ]  ja Bitte Nachweis in Kopie beifügen.

 [ ]  beantragt Datum:

c) Die Anzeige der Betriebsaufnahme erfolgte beim zuständigen Gesundheitsamt:

Name

Straße

PLZ/Ort:

am

d) Die baurechtliche Nutzungsgenehmigung lt. Thüringer Baunutzungsverordnung zur
 Inbetriebnahme des Objektes liegt in geeigneter Form vor.

 [ ]  ja Bitte Nachweis in Kopie beifügen.

 [ ]  beantragt Datum:

 (wie z.B. Eigentumsnachweis, Pacht- oder Mietvertrag, o. ä.)

1. **Platzkapazität**

a) Insgesamt werden ganzjährig / Plätze für die Tages-/Nachtpflege vorgehalten.

1. **Öffnungszeiten**

 • Montag bis Freitag

 • Samstag, Sonn- und Feiertag

1. **Personenkreis**

 **pflegefachlicher Schwerpunkt** [ ]  ja [ ]  nein

 wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Personelle Anforderungen**

(unter Beachtung § 19 des teilstationären Rahmenvertrages - Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals)

 **a) verantwortliche Pflegefachkraft und Stellvertretung**

**verantwortliche Pflegefachkraft**

* verantwortliche Pflegefachkraft: Name, Vorname

* geplanter Stellenanteil: Angabe in Vollzeitkraft
1. Staatliche Anerkennung als

[ ]  Gesundheits- und Krankenpfleger

[ ]  Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

[ ]  Altenpfleger

2. Nachweise

 - staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses als Kopie, amtlich beglaubigt

- hauptberufliche Tätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten acht

 Jahre (Bescheinigung des Arbeitgebers, Auszug des Arbeitszeugnisses, etc.)

- Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden als Kopie, amtlich beglaubigt

 - sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (Arbeitsvertrag, etc.)

**stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

• stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Name, Vorname

* geplanter Stellenanteil: Angabe in Vollzeitkraft
1. Abschluss einer Ausbildung als

 [ ]  Gesundheits- und Krankenpfleger

 [ ]  Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

[ ]  Altenpfleger

2. Nachweise

 - staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses als Kopie, amtlich beglaubigt

**b) weitere einzureichende Unterlagen:**

- aktuelle Nachweise (nicht älter als 3 Monate) vom Träger bei GbR, GmbH oder e. V.

 (Gesellschaftsvertrag bzw. Satzung,

 Auszug aus dem Handelsregister bzw. Vereinsregister)

c) geplante personelle Besetzung in der Pflege

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Anzahl der Mitarbeiter(innen)** |
|  | **Anzahl der****Vollzeit-****beschäftigten** | **Anzahl der Teilzeit-beschäftigten** | **Teilzeit-****beschäftigte,****umgerechnet****in Vollzeitkräfte** | **Anzahl der****geringfügig****beschäftigten****Mitarbeiter** |
| **I. Pflege- und Betreuungsbereich** |  |  |  |  |
| Gesundheits- und Krankenpfleger |  |  |  |  |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger |  |  |  |  |
| Altenpfleger |  |  |  |  |
| Familienpfleger |  |  |  |  |
| Krankenpflegehelfer |  |  |  |  |
| Altenpflegehelfer |  |  |  |  |
| Familienpflegehelfer |  |  |  |  |
| Dorfhelfer |  |  |  |  |
| Familienbetreuer |  |  |  |  |
| Heilerziehungspfleger |  |  |  |  |
| Hebamme/Geburtshelfer |  |  |  |  |
| ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung (Angaben der Ausbildung)\* |  |  |  |  |
| II. Auszubildende |  |  |  |  |
| Auszubildender und Praktikant |  |  |  |  |
| Auszubildender in der Altenpflege |  |  |  |  |
| Auszubildender in der Heilerziehungspflege |  |  |  |  |
| Auszubildender in der Krankenpflege |  |  |  |  |
| Erzieher im Anerkennungspraktikum |  |  |  |  |
| Vorpraktikant in der Pflege/Hauswirtschaft |  |  |  |  |
| **III. Hauswirtschaftsbereich** |  |  |  |  |
| Hauswirtschafter |  |  |  |  |
| Fachhauswirtschafter |  |  |  |  |
| Wirtschafter |  |  |  |  |
| Hauswirtschaftstechnischer Helfer |  |  |  |  |
| ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung (Angabe der Ausbildung)\* |  |  |  |  |

 \* Ausbildung als:

d) geplante sonstige personelle Besetzung

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Anzahl der Mitarbeiter(innen)** |
|  | **Anzahl der** **Vollzeit****beschäftigten** | **Anzahl der Teilzeit-beschäftigten** | **Umrechnung der****Teilzeit-****beschäftigten****in Vollzeitkräfte** | **Anzahl** **der** **geringfügig****beschäftigten****Mitarbeiter** |
| **I. Verwaltung** |  |  |  |  |
| Verwaltungskraft |  |  |  |  |
| Verwaltungsfachkraft |  |  |  |  |
| **II. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst** |  |  |  |  |
| Arzt |  |  |  |  |
| Beschäftigungs-/Arbeitstherapeut, Ergotherapeut |  |  |  |  |
| Diakon |  |  |  |  |
| Erzieher |  |  |  |  |
| Heilpädagoge |  |  |  |  |
| Krankengymnast |  |  |  |  |
| Logopäde |  |  |  |  |
| Masseur, med. Bademeister |  |  |  |  |
| Musiktherapeut |  |  |  |  |
| Pädagoge |  |  |  |  |
| Psychagoge |  |  |  |  |
| Psychologe |  |  |  |  |
| Rhythmiklehrer |  |  |  |  |
| Sonderpädagoge |  |  |  |  |
| Sozialarbeiter |  |  |  |  |
| Sozialpädagoge |  |  |  |  |
| Sportlehrer |  |  |  |  |
| Theologe |  |  |  |  |
| Sonstiges |  |  |  |  |
| III. Bundesfreiwilligendienst, FSJ |  |  |  |  |
| Bundesfreiwilligendienst, FSJ |  |  |  |  |
| **IV. haustechnischer Bereich** |  |  |  |  |
| technisches Personal |  |  |  |  |
| Raumpfleger |  |  |  |  |
| Küchenpersonal |  |  |  |  |

**Es ist ein Musterdienstplan auf Basis des geplanten Personals einzureichen!**

**9. räumlich – sächliche Anforderungen an die teilstationäre Pflegeeinrichtung**

Die Bauzeichnung (**Maßstab 1:200** ist ausreichend) sowie die beispielhafte Raumausstattung

(Skizze) sind dem Antrag beizufügen.

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung verfügt über eigene, von anderen Räumen getrennte, in sich geschlossene Geschäftsräume mit gesondertem Eingang.

Für die räumliche Gestaltung der teilstationären Pflegeeinrichtung wird als Leitfaden auf die DIN 18040 Teil 2 – Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen für Wohnungen - verwiesen. Die Norm stellt dar, unter welchen Voraussetzungen Gebäude und Wohnungen barrierefrei sind.

Eine Nettogrundrissfläche von insgesamt ca. 18m² je Pflegeplatz sollte dabei nicht unterschritten werden.

Zusätzlich wird eine ausreichende Bewegungsmöglichkeit im Freien vorausgesetzt. Dies gilt auch für Terassenflächen o. ä.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Eingangsbereich** |  🞐 |
|  Ausreichend bemessener Bewegungsraum zum An- und Auskleiden ist vorhanden. |  🞐 |
|  Garderobe mit verschließbaren Schränken ist vorhanden. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Wohn- und Aufenthaltsraum**  | 🞐 |
|  Ausreichend bemessene und altersgerechte Sitzmöglichkeiten (Stühle, Tische) sind vorhanden. |  🞐 |
|  Weitere Ausstattung mit geeignetem Mobiliar (Schränke) ist vorhanden.  |  🞐 |
|  Sofern der Wohn- und Aufenthaltsraum gleichzeitig als Speiseraum genutzt wird, sollte zusätzliches erforderliches Mobiliar vorgehalten werden |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beschäftigungs- und Therapieraum** |  🞐 |
|  Ausreichend bemessene und altersgerechte Sitzmöglichkeiten (Stühle, Tische)  sind vorhanden. |  🞐 |
|  Weitere Ausstattung mit geeignetem Mobiliar (Schränke) ist vorhanden.  |  🞐 |
|  Angebote von geeignetem Bastel- und Therapiematerial ist vorhanden. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Ruheräume** |  🞐 |
|  Die Ruheräume sind so zu gestalten, dass die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden.Es werden mindestens 2 Ruheräume vorgehalten. Hierbei kann ein Ruheraum auch variabel mit dem Beschäftigungs- und Therapieraum verbunden werden, wobei dieser dann entsprechend größer sein muss. |  🞐 🞐 |
|  Ein Ruheraum ist mit Liege- oder Schlafsesseln für mindestens 50 % der Pflegebedürftigen ausgestattet. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Dusche / Bad** |  🞐 |
|  Waschtisch ist vorhanden |  🞐 |
|  Eine ebenerdige, behindertengerechte Dusche ggf. Pflegewanne ist vorhanden. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **WC** |  🞐 |
|  3 WC Räume sind vorhanden,  |  🞐 |
|  davon 1 WC Raum behindertengerecht. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Putzmittelraum mit Ausguss** |  🞐 |
|  Ausgussbecken, Staumöglichkeiten für Putzgeräte, Eimer, Putzmittel sind vorhanden. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Küche** |  🞐  |
|  Ausstattung mit Tisch, Stühlen Küchenschränken, Kühlschrank, Spüle ist vorhan-  den. |  🞐 |
|  Geeignete Arbeitsflächen für gemeinsame Aktivitäten (z.B. im Rahmen der Be-  schäftigung/Therapie) sind vorhanden. |  🞐 |
|  Möglichkeiten zum Kochen, Backen (Herd) sind vorhanden. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Dienstraum** |  🞐  |
|  Möglichkeiten zum Führen von Einzelgesprächen sind vorhanden. |  🞐 |
|  Verschließbare Schränke (z. B. für Medikamente) sind vorhanden. |  🞐 |

|  |  |
| --- | --- |
|  Zusätzliche **Bewegungsmöglichkeit** (Aufenthaltsmöglichkeit) im Freien ist  vorhanden. |  🞐  |

**10. Konzept und Vereinbarungen**

1. Ein einrichtungsinternes Pflegekonzept/Pflegeleitbild liegt vor und sind dem Antrag beizufügen.
2. Der Tagespflegevertrag (Muster) ist dem Antrag beizufügen.

**11. Angaben zu weiteren Zulassungskriterien**

1. Die wirtschaftliche Selbstständigkeit gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI ist mit der Inbetriebnahme der Einrichtung zum gewährleistet.
2. Die teilstationäre Pflegeeinrichtung gewährleistet eine doppelte Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsätzen.
3. Die Zahlung des gesetzlich geregelten Mindestlohnes wird bestätigt.
4. Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI wird eingeführt und weiterentwickelt.
5. Die Expertenstandards nach § 113a SGB XI werden angewandt.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/Stempel des Trägers

 (Vertretungsberechtigte Person/en)

1. Status – und Funktionsbezeichnungen in diesem Strukturbogen gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form [↑](#footnote-ref-1)