



## Zweck der Tagespflegeeinrichtung

Im Vordergrund der Tagespflegeeinrichtung steht die

- Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen
- berufliche und soziale Eingliederung von Menschen
- schulische Ausbildung von Menschen
- Erziehung behinderter Menschen
- Sonstiges: .....

2. Träger (Inhaber der Einrichtung) .....

Rechtsform .....

Geschäftsführer/in .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Tel.-Nr./Telefax .....

E-Mail .....

- Status
- öffentlich
  - freigemeinnützig
  - privat

Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land?  
(Verbandszugehörigkeit z.B. Spitzenverband, Landesverband)

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche? .....

## **B. Verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung**

1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft gegeben?

Ja

Nein

Name, Vorname .....

Adresse .....

(freiwillige Angabe)

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Tagespflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

(bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungsurkunde beifügen)

- 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.

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Tagespflegeeinrichtung ist in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig. Sie übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

4. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist Inhaber/in oder Gesellschafter/in der Tagespflegeeinrichtung und deren Tätigkeitsschwerpunkt bezieht sich auf die Tagespflegeeinrichtung

Ja

Nein

5. Ist die verantwortliche Pflegefachkraft neben der Tätigkeit in dieser Tagespflegeeinrichtung noch zuständig/verantwortlich für eine weitere Einrichtung der

ambulanten Pflege

Ja

Nein

Kurzzeitpflege

Ja

Nein

vollstationären Pflege

Ja

Nein

teilstationäre Pflege

Ja

Nein

wenn ja:

wöchentliche Arbeitszeit: .....

6. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden erfolgreich abgeschlossen (bitte Nachweis beifügen).

Ja

Nein

7. Wer vertritt die verantwortliche Pflegefachkraft bei deren Ausfall?

Name, Vorname .....

Adresse .....  
(freiwillige Angabe)

8. Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung  
(bitte Nachweis in Form einer Kopie der Examinierungsurkunde beifügen)

- 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.

9. Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft übt diese Tätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von

..... Stunden aus.

10. Die Tagespflegeeinrichtung stellt während der auf Seite 9 angegebenen Öffnungszeiten die Besetzung mit mindestens einer Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI sicher.

ja

nein

## C. Personelle Besetzung in der Pflegeeinrichtung

	Anzahl der Mitarbeiter		geringfügig Beschäftigte
	Vollzeit	Teilzeit	
<b>I. Pflege- und Betreuungsbereich</b>			
Krankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und Krankheitspfleger/in			
Kinderkrankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in			
Altenpfleger/in			
Haus- und Familienpflegehelfer/in			
Krankenpflegehelfer/in			
Altenpflegehelfer/in			
Pflegefachfrau/Pflegefachmann			
Haus- und Familienpflegerin			
Dorfhelfer/in			
Familienbetreuer/in			
Heilerziehungspfleger/in			
Heilerzieher/in			
Hebammen/Geburtshelfer			
Betreuungskräfte gem. § 43 b SGB XI ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)			
<b>II. Auszubildende</b>			
Auszubildende und Praktikant/in			
Auszubildende gemäß PfIBG			
Schüler/in der Altenpflege			
Schüler/in der Heilerziehungspflege			
Schüler/in der Krankenpflege			
Erzieher/in im Anerkennungspraktikum			
Vorpraktikant/in in der Pflege/ Hauswirtschaft			
sonstige Auszubildende/Praktikant/innen			

\*) Welche Ausbildung?

.....

Hilfskräfte und angeleitete Kräfte werden nur unter der fachlichen Anleitung einer Pflegefachkraft tätig.

## Sonstige personelle Besetzung der Pflegeeinrichtung

	Anzahl der Mitarbeiter		
	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig Beschäftigte
<b>I. Hauswirtschaftsbereich</b>			
Hauswirtschafter/in			
Fachhauswirtschafter/in			
Wirtschafter/in			
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in			
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)			
Ökotrophologe/in			
ohne tätigkeitspezif. Ausbildung *)			
<b>II. Verwaltung</b>			
Verwaltungskräfte			
<b>III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst</b>			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeits-/Ergotherapeut/in			
Diakon/in			
Erzieher/in			
Heilpädagogin/in			
Krankengymnast/in			
Logopäde/in			
Masseur/in, Bademeister/in			
Musiktherapeut/in			
Pädagoge/in			
Psychagoge/in			
Psychologin/in			
Rhythmuslehrer/in			
Sonderpädagogin/in			
Sozialarbeiter/in			
Sozialpädagogin/in			
Soziologin/in			
Sportlehrer/in			
Theologin/in			
Sonstige			
<b>IV. Haustechnischer Bereich</b>			
Technisches Personal			
Raumpfleger/in			
Küchenpersonal			

\*) Welche Ausbildung

.....

Hilfskräfte und angeleitete Kräfte werden nur unter der fachlichen Anleitung einer Pflegefachkraft tätig.

## D. Angaben zum Leistungsumfang

### Allgemeine Angaben

1. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch einen/eine
- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ambulantem Pflegedienst                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| weitere teilstationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| stationäre Pflegeeinrichtung             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kurzzeitpflegeeinrichtung                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenhauseinrichtung                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
2. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch einen/eine
- |                              |                             |   |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| ambulantem Pflegedienst      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein             |
| stationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Ja | .....Plätze <input type="checkbox"/> Nein |
| Kurzzeitpflegeeinrichtung    | <input type="checkbox"/> Ja | .....Plätze <input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenhauseinrichtung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein             |
3. Die Tagespflegeeinrichtung verfügt über ein Konzept, das pflege- bzw. sozialwissenschaftliche Erkenntnisse sowie praktische Erfahrungen berücksichtigt und im Betreuungs- und Pflegeprozess umgesetzt wird. (Bitte Pflegekonzeption beifügen)
- .....
4. Wird eine Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen geführt?
- Ja  Nein
5. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen?
- Ja  Nein
6. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagement wurde bereits einrichtungsintern eingeführt.
- Ja, seit \_\_\_\_\_  
(Datum der Einführung)
- Noch nicht, jedoch geplant für \_\_\_\_\_  
(Datum der Einführung)
- Ferner stellt die Pflegeeinrichtung die Aufnahme, Bearbeitung und ggf. Lösung von Kundenbeschwerden sicher.
- Ja  Nein

7. Werden die Expertenstandards nach den gesetzlichen Vorgaben (§113a SGB XI) angewendet?  
 Ja  Nein
8. Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität werden in der jeweils gültigen Fassung verbindlich umgesetzt (§113 Abs.1 Satz 8 SGB XI)?  
 Ja  Nein
9. Wird für die Beschäftigten der Pflegeeinrichtung das Mindestentgelt (Mindestlohn) bzw. die Vergütung nach den Mindestsätzen des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes gezahlt?  
 Ja  Nein
- Wird eine ortsübliche Arbeitsvergütung an die Beschäftigten der Pflegeeinrichtung bezahlt, für die die oben genannte Regelung (z. B. Betreuungskräfte) nicht gilt?  
 Ja  Nein
10. Die Pflegeeinrichtung hält gemäß § 43b SGB XI ausreichend qualifiziertes, sozialversicherungspflichtig beschäftigtes zusätzliches Betreuungspersonal vor?  
 Ja  Nein
11. Werden pflegerische Leistungen in Kooperation mit anderen zugelassenen Leistungserbringern nach § 72 SGB XI erbracht?  
 Ja  Nein

Wenn Ja, mit welchem/welchen zugelassenen Leistungserbringer/n? (Bitte Kopie des/der Kooperationsvertrags/-verträge beifügen)

.....

## Weitere Angaben zur Einrichtung

### Kapazität der Tagespflegeeinrichtung

Ganzjährig vorgehalten werden ..... Tagespflegeplätze.

Der Träger der teilstationären Pflegeeinrichtung bestätigt, alle ordnungsrechtlichen Vorschriften und qualitätssichernden Anforderungen einzuhalten (siehe Anlage 1).

ja  nein

## Öffnungszeiten der Tagespflegeeinrichtung

Dabei ist die Pflege und Versorgung in der Tagespflegeeinrichtung üblicherweise an fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens sechs Stunden täglich sicherzustellen.

Die Tagespflegeeinrichtung hat ..... Tage pro Woche mit jeweils ..... Stunden täglich wie folgt geöffnet:

		täglich	monatlich	Bemerkung zu monatlich*
Montag	von ..... Uhr bis .....Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Dienstag	von ..... Uhr bis .....Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Mittwoch	von ..... Uhr bis .....Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Donnerstag	von ..... Uhr bis .....Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Freitag	von ..... Uhr bis .....Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Samstag	von ..... Uhr bis .....Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Sonntag	von ..... Uhr bis .....Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

\* Beispiel für monatliche Bemerkung: z.B. jeden 1. Samstag im Monat

Über die regelmäßigen wöchentlichen Öffnungstage hinaus können zusätzlich jährlich bis zu 5 flexible Öffnungstage vereinbart werden.

Die Tagespflegeeinrichtung macht davon Gebrauch:  ja  nein

Wenn ja, an ..... zusätzlichen Tagen pro Kalenderjahr und zwar am:

.....

An Feiertagen hat die Tagespflegeeinrichtung geöffnet:  ja  nein

## Beförderung durch die Tagespflegeeinrichtung

Die notwendige Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Tagespflegeeinrichtung und zurück wird sichergestellt:

- durch einen eigenen Fahrdienst
- durch einen beauftragten Fahrdienst, mit dessen Träger ein Beförderungsvertrag geschlossen wurde

## **Räumliche Voraussetzungen**

- a) Sind beschilderte, sicher zu erreichende und barrierefreie Zugänge zu der teilstationären Pflegeeinrichtung vorhanden?  
 Ja  Nein
- b) Besteht eine direkte Zufahrt für die Fahrzeuge, die die Pflegebedürftigen befördern?  
 Ja  Nein
- c) Wird eine bedarfsgerechte Ausstattung vorgehalten?  
 Ja  Nein
- d) Besteht ein angemessenes Raumangebot, einschl. Ruhe- und Gemeinschaftsräume, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können?  
 Ja  Nein
- e) Besteht eine Bewegungsmöglichkeit im Freien?  
 Ja  Nein

## **Ausstattung der Pflegeeinrichtung**

- a) Pflege- und Therapieräume
- besondere Räume für Tagesbetreuung
  - besondere Räume für Einzeltherapie 
    - Ergotherapie
    - Krankengymnastik
    - Logopädie
- b) besondere Räume für weitere Aktivitäten
- Sport bzw. Gymnastik
  - Badeabteilung
  - Freisitz
  - Garten

## **Wirtschaftliche Selbständigkeit**

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe der Pflege-Buchführungs-Verordnung sichergestellt?

Ja  Nein

Ist sichergestellt, dass die Tagespflegeeinrichtung in Altenheimen oder Krankenhäusern und Vorsorge-oder Rehabilitationseinrichtungen organisatorisch und wirtschaftlich selbständig

geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind?

Ja

Nein

### **Art der Belegung der Tagespflegeeinrichtung**

In der Pflegeeinrichtung werden besondere Gruppen von Pflegebedürftigen aufgenommen (Mehrfachnennungen sind möglich):

- nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- nur pflegebedürftige Erwachsene
- pflegebedürftige Menschen mit psychischer Alterserkrankung
- pflegebedürftige gerontopsychiatrisch veränderte Menschen
- pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen
- pflegebedürftige Menschen mit körperlicher Behinderung
- pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung
- Menschen mit schweren erworbenen Hirnschädigungen der Phase F
- pflegebedürftige AIDS kranke Menschen
- pflegebedürftige MS kranke Menschen
- Sonstige: Welche?

.....

.....

.....

In die Tagespflegeeinrichtung werden bestimmte Pflegebedürftige **nicht** aufgenommen:

ja

nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

### **E. Öffentliche Förderung der Betriebskosten**

Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden bezuschusst.

Ja

Nein

Falls ja, durch wen:

Landkreis und/ oder Kommune

- Land
- sonstige Stellen

für welche Leistungen .....  
 .....  
 in welcher Höhe .....  
 für welchen Zeitraum .....

**F. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen**

Wird die Pflegeeinrichtung hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen gefördert?

- Ja
- Nein

Falls ja, durch wen

- durch das Land?
- durch die Kommune/ den Landkreis

In welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

..... Euro  
 ..... Zeitraum

**Entgelt für Investitionsanteile**

Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

- Ja
- Nein

Wenn ja:  
 die Höhe dieser Aufwendungen beträgt:

..... Euro

**G. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit**

**Sonderleistungen**

Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen hinaus ist geplant, zusätzliche Leistungen anzubieten

- Ja
- Nein

a) Zusätzliche betreuerische Leistungen

Leistung	Entgelt
.....	..... Euro
.....	..... Euro
.....	..... Euro

b) Werden von der Pflegeeinrichtung weitere Leistungen angeboten?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Leistungen?

Leistungen		Entgelt
Hausnotrufdienst	<input type="checkbox"/>	..... Euro
Kurse für häusliche Pflege	<input type="checkbox"/>	..... Euro
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>	..... Euro
Pflegehilfsmittelverleih	<input type="checkbox"/>	..... Euro
Sonstige.....	<input type="checkbox"/>	..... Euro

## **H. Weitere Unterlagen/Nachweise**

Darüber hinaus werden die nachstehenden Unterlagen/Nachweise für die Prüfung Ihres Antrages benötigt.

### **für den Geschäftsführer/Leiter**

- Unbedenklichkeitserklärung

### **für die verantwortliche Pflegefachkraft**

- Nachweise über die berufspraktische Tätigkeit von 2 Jahren innerhalb der letzten acht Jahre vor der Antragstellung nach Erwerb der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden

### **für die Einrichtung**

- Trägererklärung (siehe Anlage 1)
- Pflegesatzantrag
- Aktuelles Betreuungs- und Pflegekonzept
- Grundriss mit Bezeichnung der Räumlichkeiten und Angabe der jeweiligen Quadratmeterzahl
- Institutionskennzeichen – Kopie der Mitteilung der ARGE-IK St. Augustin
- Nachweise zur Rechtsform (nicht älter als 3 Monate): Erklärung zum Gesellschafterbestand (GbR) oder Auszug aus dem Handelsregister bzw. Vereinsregister

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 ff. SGB V und § 94 Abs. 1 ff SGB XI zum Zwecke der Beurteilung für den Antrag eines Versorgungsvertrages erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der notwendigen Prüfung führen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

### **Hinweis für den Antragsteller:**

**Die Bearbeitung des Antrages auf Abschluss des Versorgungsvertrages für den teilstationären Bereich benötigt etwas Zeit. Erfahrungsgemäß sind ca. 6 - 8 Wochen erforderlich. Wir bitten dies zu berücksichtigen, zumal der Versorgungsvertrag erst ausgefertigt werden kann, wenn alle Voraussetzungen vorliegen und auch nachgewiesen sind. Eine rückwirkende Vertragsausfertigung sowie eine rückwirkende Kostenübernahme sind nicht möglich.**

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Trägers

## Anlage 1 zum Strukturhebungsbogen solitäre Tagespflege

Bitte an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände, Gärtnersleite 14, 96450 Coburg senden.

### Trägererklärung

Als rechtlich verantwortliche/r, betriebswirtschaftliche/r Leiter/in oder Geschäfts-führer/in der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung

---

Name der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung

erkläre ich, dass folgende organisatorische Voraussetzungen für den Abschluss des Versorgungsvertrages der solitären teilstationären Pflegeeinrichtung vorliegen:

- Baugenehmigungsbescheid oder Nutzungsänderungsbescheid
- Brandschutznachweis nach Maßgabe der zuständigen Behörde
- Nachweis über den Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- Meldung beim zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung/  
Berufsgenossenschaft ( Mitgliedsnummer: ..... )
- Anzeige der Betriebsaufnahme beim zuständigen Gesundheitsamt

Die aufgelisteten Nachweise können im begründeten Einzelfall von der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern auf Anforderung eingesehen werden.

Der Träger der o.g. solitären teilstationären Pflegeeinrichtung bestätigt, die einschlägigen ordnungsrechtlichen Vorschriften sowie gesetzlichen und vertragsrechtlichen qualitätssichernden Anforderungen einzuhalten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Name in Druckbuchstaben

---

Funktion