

Absender:

--

Hessisches Amt für
Versorgung und Soziales _____ (Ort - bitte einfügen)
Betreuungs- und Pflegeaufsicht

Strasse

PLZ Ort

Geschäftszeichen: V - 50 q 36 – (falls bekannt)

**Durchführung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)
in der Fassung der Bekanntmachung vom 19.12.2016 (GVBl 2016 Nr. 23, S. 322)**

Anzeige vor Inbetriebnahme einer stationären Einrichtung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 HGBP

Anzeige nach § 11 Abs. 1 – 3 (HGBP)

1. Die Betriebsaufnahme ist vorgesehen für den¹

--

2. Name und Anschrift des Betreibers

Name:	
Rechtsform:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort, Ortsteil:	
Telefon:	
Telefax:	
E-Mail Adresse:	

Beigefügte **Anlage 1** ist bei natürlichen Personen für den Einrichtungsbetreiber auszufüllen, bei juristischen Personen ist sie für jede vertretungsberechtigte Person des Betreibers auszufüllen.

¹ Es ist ein Datum anzugeben. Falls sich der Zeitpunkt der Inbetriebnahme ändert, ist dies nach § 11 Abs.2 HGBP
„Erstanzeige vor Inbetriebnahme einer stat. Betreuungs- und Pflegeeinrichtung nach § 2 Abs. 1 HGBP“ -Stand Januar 2018-

3. Name und Anschrift der Einrichtung²

Name/Bezeichnung der Einrichtung:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort, Ortsteil	
Telefon:	
Fax:	
Email-Adresse:	

4. Nutzungsart der Einrichtung³

	Betreuung					
	nur tagsüber	nur nachts	Kurzzeit (vollstationär)	auf Dauer (vollstationär)	Hospiz	Sonstiges
Betreuung älterer Menschen						
Betreuung pflegebedürftiger älterer Menschen						
Betreuung von volljährigen Menschen mit Behinderung						
Betreuung von pflegebedürftigen volljährigen Menschen mit Behinderung						
Betreuung sonstiger Personenkreise						

Gesamtzahl der vorgesehenen Plätze: _____

² Falls die Einrichtung/das Heim an mehreren Standorten geführt wird, handelt es sich um mehrere Einrichtungen. Für jede Einrichtung/Heim hat eine separate Anzeige zu erfolgen.

³ Zutreffendes bitte ankreuzen, mehrere Angaben sind möglich

5. Art, Zahl, Lage, Größe und Nutzung der Räumlichkeiten

a) Bewohnerzimmer/ Wohnräume

(Blatt bei Bedarf bitte kopieren)

Haus	Geschoss	Wohnbe- - reich	Zimmer- Nr.	Größe in m ² ohne Bad	Anzahl der Plätze	Plätze für Persone nkreise ⁴	Sanitäre Ein- richtung ⁵	Art / Dauer der Aufnahm e ⁶

⁴ 1 = ältere betreuungsbedürftige Menschen (Alten- und Pflegeheim);
1.1 = ältere betreuungsbedürftige Menschen (Altenwohnheim)
2 = pflegebedürftige volljährige Menschen (ohne besondere Spezialbetreuung);
2.1 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Zentrale Nervenschädigung);
2.2 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Wohnpflegeheim Phase F);
2.3 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Beatmungspflichtig);
2.4 = pflegebedürftige volljährige Menschen (geschlossener Bereich für Demenzkranke);
2.5 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Hausgemeinschaft) ;
2.6 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Pflegeoase für Demenzkranke);
2.7 = pflegebedürftige volljährige Menschen (AIDS-Vollbild);
2.8 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Sinnesbehinderung);
2.9 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten);
2.10 = pflegebedürftige volljährige Menschen (interkulturelle Altenhilfe) ;
2.11 = pflegebedürftige volljährige Menschen (ambulant betreute Wohngemeinschaft);
2.12 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Wohnpflegeheim KoComo)
2.13 = pflegebedürftige volljährige Menschen (palliative Versorgung)
2.14 = pflegebedürftige volljährige Menschen (Wohnpflegeheim für geistige Behinderung)
3.1 = volljährige Menschen mit Behinderung (körperlich oder Sinnesbehinderung);
3.2 = volljährige Menschen mit Behinderung (geistige Behinderung);
3.3 = volljährige Menschen mit Behinderung (seelische Behinderung);
3.4 = volljährige Menschen mit Behinderung (Abhängigkeitserkrankung);
3.5 = volljährige Menschen mit Behinderung (Autisten);
3.6 = volljährige Menschen mit Behinderung (Prader-Willi-Syndrom);
3.7 = volljährige Menschen mit Behinderung (geschlossener Bereich);

4 = pflegebedürftige volljährige Menschen mit Behinderung;

5 = sonstige Personenkreise

⁵ A = Handwaschbecken, B= Handwaschbecken und WC, C= Handwaschbecken, WC und Dusche,
D= Handwaschbecken, WC und Badewanne, E= kein Handwaschbecken im Zimmer, F= gemeinsame
Sanitäreinrichtung, G= sonstiges

⁶ 1= nur tagsüber; 2= nur nachts; 3= Tag und Nacht (vollstationär); 4= Kurzzeit; 5 = Hospiz; 6 = sonstige

b) Weitere Räume, die den Betreuungs- und Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen

Haus	Geschoss	Wohnbe- reich	Zi.-Nr.	Größe in m ²	Art der Nutzung ⁷

⁷ Z.B. Aufenthaltsraum, Speiseraum, Gemeinschaftsbad, Therapieraum, Snoezelraum, Behindertentoilette, Raum zur vorübergehenden Nutzung (RzvN) gem. § 16 Zweiter Teil Bauliche Anforderungen der Ausführungsverordnung nach dem HGBP, etc.; Ruheraum (nur bei Tagespflege)

7. Vorgesehene Zahl der Mitarbeiterstellen

Wöchentliche Regelarbeitszeit einer Vollzeitkraft:	
--	--

Leitung	Anzahl der Stellen gerechnet in Vollzeitstellen
Einrichtungsleitung	
bei Pflegeeinrichtungen: Pflegedienstleitung	
Hauswirtschaftsleitung	
Sonstige	

Qualitätsbeauftragter	
Hygienebeauftragter	

Pflegedienst	Anzahl der Stellen gerechnet in Vollzeitstellen
Fachkräfte (Altenpfleger/innen, Krankenschwestern/-pfleger, etc.)	
Hilfskräfte (Krankenpflegehelfer/innen, Altenpflegehelfer/innen, etc.)	
Auszubildende	
Sonstige	

Psychosoziale Betreuung, Therapie	Anzahl der Stellen gerechnet in Vollzeitstellen
Fachkräfte (Sozialarbeiter/innen, Erzieher/innen, Ergotherapeut/in, Beschäftigungstherapeut/in, etc.)	
Hilfskräfte	
Sonstige	

Sonstige Bereiche	Anzahl der Stellen gerechnet in Vollzeitstellen
Verwaltung	
Küche	
Reinigung	
Wäscherei	
Hausmeister	
Auszubildende im Bereich Hauswirtschaft	
Sonstige	

8. Name, beruflicher Ausbildung und Werdegang der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung sowie die Namen und die berufliche Ausbildung der Betreuungs- und Pflegefachkräfte

Die Einrichtungsleitung

- steht fest. Angaben zu der Person, siehe **Anlage 2**.
- steht noch nicht fest. Die Angaben zur Person, Ausbildung und beruflichen Werdegang (Anlage 2) erfolgen zum frühestmöglichen Zeitpunkt, **spätestens jedoch 4 Wochen vor Aufnahme des Betriebs**.

Die Pflegedienstleitung

- steht fest. Angaben zu der Person, siehe **Anlage 3**.
- steht noch nicht fest. Die Angaben zur Person, Ausbildung und beruflichen Werdegang (Anlage 3) erfolgen zum frühestmöglichen Zeitpunkt, **jedoch spätestens 4 Wochen vor Aufnahme des Betriebs**.
- Eine verantwortliche Pflegefachkraft wird nicht eingesetzt.
Begründung:

Beschäftigte in Betreuung / Pflege / Therapiedienst

- stehen fest. Angaben zu den Personen, siehe **Anlage 4**.
- stehen noch nicht fest. Die Angaben zu Namen und beruflicher Ausbildung (Anlage 4) erfolgen zum frühestmöglichen Zeitpunkt, **jedoch vor Aufnahme des Betriebs**.

⁹ Dies wird immer dann der Fall sein, wenn Pflegeleistungen, also Grund- und/oder Behandlungspflege angeboten werden.

9. Konzeption der Einrichtung

- Konzeption liegt bei.
- Konzeption ist noch nicht erstellt. Vorgesehene Fertigstellung: _____
- Konzeption wurde vorgelegt mit Schreiben vom: _____

.¹⁰

10. Abgeschlossene bzw. angestrebte leistungsrechtliche Vereinbarung(en)

10.1 Der Versorgungsvertrag nach § 72 und die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI mit dem Landesverband der Pflegekassen

- liegen in Kopie bei.
- werden angestrebt
- sind beantragt. Nach Abschluss werden sie unverzüglich zur Kenntnis gegeben.

- wird **nicht** angestrebt, weil

10.2 Die Vereinbarung nach §§ 75 und 77 SGB XII

- liegt in Kopie bei.
- wird angestrebt
- ist beantragt. Nach Abschluss wird sie unverzüglich zur Kenntnis gegeben.

- nicht** angestrebt, weil

10.3 Einzelvereinbarungen aufgrund § 39a SGB V – Stationäre Hospize

- liegt in Kopie bei.
- wird angestrebt
- ist beantragt. Nach Abschluss wird sie unverzüglich zur Kenntnis gegeben.

- wird **nicht** angestrebt, weil

¹⁰ Die Anzeige ist erst vollständig, wenn sämtliche Unterlagen vorliegen, zu denen auch die Konzeption gehört.

11. Unterlagen zur Finanzierung der Investitionskosten

11.1 Investitionskostenvereinbarung

- liegt in Kopie bei.
- wird angestrebt
- ist beantragt. Nach Abschluss wird sie unverzüglich zur Kenntnis gegeben.

11.2 Genehmigungsbescheid über die Investitionskosten bei geförderten Einrichtungen

- liegt in Kopie bei.
- wird angestrebt
- ist beantragt. Nach Abschluss wird sie unverzüglich zur Kenntnis gegeben.

Weitere ergänzende Angaben und Unterlagen sind beigefügt:

- "Anlage 5 zur Anzeige nach § 11 HGBP - Investitionskosten" mit Belegen
- Sonstige Belege:

12. Ausgefülltes Muster eines Vertrages nach dem WBVG

- Ein ausgefülltes ¹¹ Muster eines WBVG-Vertrages inklusive der zugehörigen allgemeinen Leistungsbeschreibung ist beigefügt
- Folgende sonstige Verträge werden verwendet (z.B. Kurzzeitpflegeverträge, Tagespflegeverträge, Wohnanwartschaftsverträge...):
- Ein ausgefülltes Muster ist jeweils beigefügt

13. Satzung oder Gesellschaftsvertrag des Betreibers (konstituierende Unterlagen)

Der Betreiber hat folgende Rechtsform: Zum Nachweis sind beigefügt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelfirma | <input type="checkbox"/> Gewerbeanmeldung, Handelsregisterauszug |
| <input type="checkbox"/> GmbH | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag, Handelsregisterauszug |
| <input type="checkbox"/> Personengesellschaft, GbR. | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag |
| <input type="checkbox"/> GmbH & Co.KG. | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsvertrag Handelsregisterauszug |
| <input type="checkbox"/> eingetragener Verein | <input type="checkbox"/> Satzung, Vereinsregisterauszug |
| <input type="checkbox"/> Eigenbetrieb | <input type="checkbox"/> Satzung |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | <input type="checkbox"/> Sonstiger Beleg: |

¹¹ Es ist notwendig, dass das Vertragsmuster nach dem Wohn- und Betreuungsgesetzes (WBVG) beispielhaft ausgefüllt ist, damit deutlich wird, welche Passagen des Vertrages eventuell in der Praxis geändert oder ergänzt werden.

14. Einrichtungsordnung

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ist beigefügt |
| <input type="checkbox"/> | wird nicht erstellt. |

15. Mitgliedschaft in einem Verband

Besteht Mitgliedschaft in einem Verband der freien Wohlfahrtspflege, eines kommunalen Spitzenverbandes oder einer anderen Vereinigung von Betreibern (freiwillige Angabe, nicht zwingend erforderlich)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein |
| <input type="checkbox"/> | ja - bitte Name, Adresse und Ansprechpartner angeben: |
-

Mir ist bewusst, dass die Anzeige nach § 11 HGBP nur dann als erfolgt angesehen wird, wenn alle Nachweise erbracht und die Unterlagen der zuständigen Behörde vorgelegt sind. Die Hinweise zum Datenschutz nach Anlage 6 habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift der Betreiberin / des
Betreibers bzw. der
vertretungsberechtigten Person

Betreiberin/ Betreiber bzw. vertretungsberechtigte Person/en

(bei mehreren Personen bitte jeweils gesondert ausfüllen)

Name:	
Sämtliche Vornamen	
Geburtsname	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Wohnanschrift:	
Geburtsname der Mutter ¹²	

Die Hinweise zum Datenschutz nach Anlage 6 habe ich zur Kenntnis genommen.

--

Ort

Datum

--

Unterschrift der Betreiberin / des
Betreibers bzw.
vertretungsberechtigte Person

¹² Erforderlich als Identifikationsmerkmal bei Einholung von Registerauskünften

Leitung der Einrichtung

(bei mehreren Personen bitte jeweils gesondert ausfüllen)

Name:	
Sämtliche Vornamen	
Geburtsname	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Wohnanschrift:	
Geburtsname der Mutter ¹³	

¹³ Erforderlich als Identifikationsmerkmal bei Einholung von Registerauskünften

Wöchentliche Arbeitszeit in der Einrichtung: Stunden

Ausbildung der Einrichtungsleitung:

Berufsausbildung	mit Abschluss im Jahr	ohne Abschluss (nur ankreuzen)
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Fort- und Weiterbildung: (mit Angabe, wann und wo die Ausbildungsmaßnahme wahrgenommen wurde)		
Maßnahme	mit Abschluss im Jahr	ohne Abschluss
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Hauptberufliche Tätigkeit (ggf. Beiblatt anfügen)			
von	bis	beschäftigt als	bei

Die obigen Angaben zur beruflichen Qualifikation und des beruflichen Werdegangs sind durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen (bitte in Fotokopie beifügen).

Persönliche Zuverlässigkeit

- Das gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3 HGBPAV erforderliche Führungszeugnis wurde vor der Einstellung der Einrichtungsleitung dem Einrichtungsbetreiber vorgelegt.
- Das Führungszeugnis enthielt keine Eintragungen, die Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einrichtungsleitung begründen.
- Das Führungszeugnis enthielt strafrechtliche Eintragung. Eine Kopie ist beigefügt.

Erklärung der Einrichtungsleitung:

Gegen mich wurde in den letzten fünf Jahren eine Geldbuße wegen einer Ordnungswidrigkeit nach § 20 HGBP oder einer vergleichbaren Rechtsvorschrift eines anderen Bundeslandes festgesetzt

- nein
- Ja, bitte weitere Angaben:

Erklärung der Einrichtungsleitung

Ich erkläre, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.
Die Hinweise zum Datenschutz (Anlage 6) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung

Für Pflegeeinrichtungen: Anlage 3 zur Anzeige nach § 11 HGBP

Pflegedienstleitung

(bei mehreren Personen bitte jeweils gesondert ausfüllen)

Name:	
Geburtsname:	
Sämtliche Vornamen:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Wohnanschrift:	
Geburtsname der Mutter ¹⁴	

¹⁴ Erforderlich als Identifikationsmerkmal bei Einholung von Registerauskünften

Wöchentliche Arbeitszeit in der Einrichtung: **Stunden**

Ausbildung der Pflegedienstleitung:

Berufsausbildung	mit Abschluss im Jahr	ohne Abschluss (nur ankreuzen)
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Fort- und Weiterbildung: (mit Angabe, wann und wo die Ausbildungsmaßnahme wahrgenommen wurde)			
Maßnahme	mit Abschluss im Jahr	Anzahl der Wochenstunden	ohne Abschluss
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Hauptberufliche Tätigkeit: (ggf. Beiblatt anfügen)			
von	bis	beschäftigt als	bei

Die obigen Angaben zur beruflichen Qualifikation und des beruflichen Werdegangs sind durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen (bitte in Fotokopie beifügen). Stellenbeschreibung bitte beifügen.

<p>Persönliche Zuverlässigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Das gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3 HGBPAV erforderliche Führungszeugnis wurde vor der Einstellung der Pflegedienstleitung dem Einrichtungsbetreiber vorgelegt.</p> <p><input type="checkbox"/> Das Führungszeugnis enthielt keine Eintragungen, die Zweifel an der Zuverlässigkeit der Pflegedienstleitung begründen.</p> <p><input type="checkbox"/> Das Führungszeugnis enthielt strafrechtliche Eintragung. Eine Kopie ist beigefügt.</p> <p>Erklärung der Pflegedienstleitung:</p> <p>Gegen mich wurde in den letzten fünf Jahren eine Geldbuße wegen einer Ordnungswidrigkeit nach § 20 HGBP oder einer vergleichbaren Rechtsvorschrift eines anderen Bundeslandes festgesetzt</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bitte weitere Angaben:</p>
--

Erklärung der Pflegedienstleitung

Ich erkläre, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.
Die Hinweise zum Datenschutz (Anlage 6) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift der Pflegedienstleitung

Beschäftigte in der Betreuung/Pflege/Therapie

(Blatt bitte bei Bedarf kopieren)

Name	Vorname	Wochenarbeitszeit in Std. <small>15</small>	berufliche Ausbildung	Funktion <small>16</small> :	Besonderheiten:

¹⁵ Regelmäßige Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag

¹⁶ Z.B.:(stellvertretende) Pflegedienstleitung = (stellvertr.) PDL; (stellvertr.) Wohnbereichsleitung = (stellvertr.) WBL; Pflegefachkraft = PFK; sonstige Pflegekraft = PK; Betreuungsfachkraft = BFK; sonstige Betreuungskraft = BK

Investitionskosten

<input type="checkbox"/>	<p>Der Träger ist Eigentümer der Immobilie. Der entsprechende Grundbuchauszug ist beigelegt.</p> <p>Für die Immobilie sind Kosten in Höhe von _____ entstanden. Diese Kosten werden wie folgt finanziert:</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Der Träger ist Mieter/Pächter der Immobilie. Der entsprechende Miet-/Pachtvertrag ist in Kopie beigelegt.</p> <p>Die monatliche Miete/ Pacht beträgt derzeit:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Der Träger ist Eigentümer des Inventars. Es sind dafür Kosten in Höhe von _____ entstanden. Diese Kosten werden wie folgt finanziert:</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Der Träger ist Mieter/Pächter des Inventars. Der entsprechende Miet-/Pachtvertrag ist in Kopie beigelegt.</p> <p>Die monatliche Miete/ Pacht beträgt derzeit:</p>

Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage von § 10 HGBP. Die Daten werden Bestandteil der Verwaltungsakte und können elektronisch verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht beabsichtigt.

Die Rechte der Personen, zu denen personenbezogene Daten im Rahmen der Durchführung des HGBP erhoben und verwendet werden, ergeben sich aus § 8 des Hessischen Datenschutzgesetzes in der Fassung vom 7. Januar 1999.

Die Auskunftspflichten des Betreibers, der Einrichtungsleitung sowie der Leitung des Pflegedienstes ergeben sich aus §§ 11 und 14 HGBP.

Über den Betreiber bzw. die vertretungsberechtigte/n Person/en des Betreibers sowie über die Einrichtungsleitung und die Leitung des Pflegedienstes werden Auskünfte aus dem Bundeszentralregister eingeholt (Führungszeugnis gemäß § 31 Bundeszentralregistergesetz, Auskunft aus dem Gewerbezentralregister gemäß § 150 a Gewerbeordnung). Diese Auskünfte dienen der Zuverlässigkeit und Eignung des Betreibers sowie der Leitung im Sinne des § 9 HGBP i. V. mit § 1 Abs. 2 Ausführungsverordnung zum HGBP (HGBPAV).

Die im Rahmen der Prüfung einer Einrichtung erhobenen personenbezogenen Angaben können gemäß § 21 Abs. 3 HGBP an die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übermittelt werden, soweit dies für Zwecke nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erforderlich ist.