

# Anzeige nach § 11 Wohn-Teilhabe-Pflegegesetz (WTPG)

- für eine neue stationäre Einrichtung (§ 3 WTPG)
- für die Erweiterung der vorhandenen stationären Einrichtung
- für einen Wechsel des Trägers



Landratsamt  
Biberach

## I. Grunddaten – Struktur der Einrichtung

1.	Name der Einrichtung	
2.	Anschrift, Telefon, E-Mail	
3.	Vorgesehen Betriebsaufnahme	
4.	Nutzungsart der Einrichtung	<input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung für psychisch kranke Menschen <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> stationäres Hospiz

## II. Träger der Einrichtung

1.	Träger der Einrichtung Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail Adresse	
2.	Rechtsform des Trägers	<input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> e.V. <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> sonstige _____

3.	Betreiben Sie bereits eine unterstützende Wohnform im Sinne des WTPG?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, teilen Sie uns bitte die Anschriften mit:
4.	Mitgliedschaft in einem Verband?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur Person des Anbieters und der vertretungsberechtigten Person(en) einer juristischen Person**

Falls eine juristische Person Anbieter der ambulant betreuten Wohngemeinschaft ist, beziehen sich die folgenden Fragen auf die Personen, die die juristische Person rechtsverbindlich nach außen vertreten (z.B. Geschäftsführung). Bei mehreren Personen bitte für jede Person gesondert ausfüllen.

1.	Name, Vorname	
2.	Geburtsdatum, Geburtsname	
3.	Wohnanschrift	
4.	Derzeitiger Beruf	
5.	Ist derzeit ein Strafverfahren gegen Sie anhängig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, aus welchem Grund, bei welcher Staatsanwaltschaft und unter welchem Aktenzeichen wird das Ermittlungsverfahren geführt?
6.	Ist derzeit ein Insolvenzverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Ist in der Vergangenheit eine eidesstattliche Versicherung geleistet worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und wo?

Für den Fall, dass eine Gesellschaft/ein Verein Anbieter der ambulant betreuten Wohngemeinschaft ist, bitte Gesellschaftsvertrag oder Satzung des Anbieters sowie Auszug aus dem Handelsregister/Vereinsregister und Nachweis über die Bestellung der Geschäftsführung oder des Vorsitzenden beifügen.

### III. Gebäude

1.	Eigentümer des Objekts Name, Adresse, Telefonnummer	
2.	Neubau	<input type="checkbox"/> ja      Fertigstellung: _____
3.	Bestehendes Gebäude	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	Planunterlagen mit Wohn- und Nutzflächenberechnung incl. Raumbuch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, werden nachgereicht bis _____
6.	Anmietung des Gebäudes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann wurde der Mietvertrag abgeschlossen? _____
7.	Kauf des Gebäudes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann wurde der Kaufvertrag abgeschlossen? _____

Sofern der Heimaufsicht die Bauunterlagen noch nicht vorliegen, bitte Bau- oder Entwurfspläne beifügen mit Eintragung der Zimmergrößen, Funktions- und Zuhöräume, Gemeinschaftsflächen, Speiseräume, Therapieräume, Verwaltungsräume, Personalräume etc.

### IV. Angaben zu den Plätzen

1.	Anzahl der Plätze insgesamt	
2.	Davon Kurzzeitpflege	
3.	Nutzungseinheiten	<input type="checkbox"/> ja, _____ Zimmer <input type="checkbox"/> nein
4.	Rollstuhlgerechte Zimmer	<input type="checkbox"/> ja, _____ Zimmer <input type="checkbox"/> nein
4.	Werden Tagespflegeplätze eingestreu?	<input type="checkbox"/> ja, im Umfang von _____ Plätzen <input type="checkbox"/> nein
5.	Werden Nachtpflegeplätze eingestreu?	<input type="checkbox"/> ja, im Umfang von _____ Plätzen <input type="checkbox"/> nein

6.	Beschützter/geschlossener Demenzbereich?	<input type="checkbox"/> ja, im Umfang von _____ Plätzen (bitte Erläuterung) <input type="checkbox"/> nein
7.	Werden betreute oder heimbundene Wohnungen angegliedert	<input type="checkbox"/> ja, im Umfang von _____ Wohnungen <input type="checkbox"/> nein

### V. Einrichtungsleitung

1.	Name der Einrichtungsleitung	
2.	Qualifikation (Berufsausbildung, Weiterbildungen, Lebenslauf)	
3.	Bisherige hauptberufliche Tätigkeiten	
4.	Tätigkeit wird in <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Umfang: ___%) ausgeübt	Obliegt der Einrichtungsleitung die Leitung einer weiteren Einrichtung? <input type="checkbox"/> ja, im Umfang von _____ % in _____ als _____ <input type="checkbox"/> nein

### VI. Pflegedienstleitung

1.	Name der Pflegedienstleitung	
2.	Qualifikation (Berufsausbildung, Weiterbildungen, Lebenslauf)	
3.	Bisherige hauptberufliche Tätigkeiten	
4.	Tätigkeit wird in <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Umfang: ___%) ausgeübt	Die Pflegedienstleitung <input type="checkbox"/> ist ausschließlich als Pflegedienstleitung <input type="checkbox"/> arbeitet in der direkten Pflege mit (im Umfang von ___ %) <input type="checkbox"/> hat ein weiteres Aufgabenfeld _____

## VII. Fachbereichsleitung (ggf. bei Einrichtungen für Menschen mit Behinderung)

1.	Name der Fachbereichsleitung	
2.	Qualifikation (Berufsausbildung, Weiterbildungen)	
3.	Bisherige hauptberufliche Tätigkeiten	
4.	Tätigkeit wird in <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Umfang: ____%) ausgeübt	Werden zusätzliche Tätigkeiten ausgeübt? <input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein

Zum Nachweis der Qualifikation der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung bitten wir Sie, die Formulare „Anforderung an die Leitung einer Einrichtung §§ 3, 4 LPersVO bzw. Anforderung an die Pflegedienstleitung § 6 LPersVO der Heimaufsicht mit den zugehörigen Unterlagen vorzulegen.

## VIII. Angaben zum vorgesehenen Personal

1.	Anzahl der vorgesehenen Pflegefachkräfte (in VZÄ)	
2.	Anzahl der vorgesehenen Fachkräfte (in VZÄ)	
3.	Anzahl der vorgesehenen Assistenzkräfte (in VZÄ)	
4.	Anzahl der vorgesehenen sonstigen Kräfte (in VZÄ)	
5.	Anzahl der vorgesehenen Schüler im Pflegebereich (in VZÄ)	
6.	Anzahl der vorgesehenen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI (in VZÄ)	
7.	Anzahl der vorgesehenen Mitarbeiter in der Hauswirtschaft (in VZÄ)	

8.	Anzahl der vorgesehenen Mitarbeiter in der Verwaltung (in VZÄ)	
9.	Hauswirtschaftsleitung mit Qualifikation und Beschäftigungsumfang	
10.	Qualitätsmanagement mit Qualifikation und Beschäftigungsumfang	
11.	Hygienemanagement mit Qualifikation und Beschäftigungsumfang	
12.	Arbeitssicherheit/Brand-schutz mit Qualifikation und Beschäftigungsumfang	
13.	Medizinprodukte-beauftragte mit Qualifikation und Beschäftigungsumfang	

## IX. Hauswirtschaft

1.	Beschreibung der Essensversorgung:	Morgens:  Mittags:  Abends:
2.	Reinigung	<input type="checkbox"/> Eigenes Personal <input type="checkbox"/> Fremdfirma _____
3.	Wäscheversorgung	<input type="checkbox"/> Wäsche wird in der Einrichtung gewaschen <input type="checkbox"/> Wäsche wird teilweise in der Einrichtung gewaschen <input type="checkbox"/> Wäsche wird extern gewaschen bei

## X. Pflegeorganisation und Qualitätsmanagement

1.	Hygienebeauftragter – mit spezieller Weiterbildung ist intern vorgesehen?	<input type="checkbox"/> Ja, Herr/Frau _____ <input type="checkbox"/> Nein
2.	Medikamente – Ist ein Verblistern durch eine Apotheke vorgesehen?	<input type="checkbox"/> Ja, Apotheke _____ <input type="checkbox"/> Nein
3.	Pflegedokumentation	Welches Dokumentationssystem/Pflegemodell wird verwendet?

4.	Pflegeorganisation	<p>Ist außer der Anwendung der Nationalen Expertenstandards die Implementierung sonstiger Standards/Verfahrensanweisungen vorgesehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
5.	Qualitätsmanagement	<p>Ist die Umsetzung eines Qualitätsmanagements (einschließlich eines Qualitätssicherungssystems) vorgesehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Ist ein Qualitätsmanagementbeauftragter vorgesehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
6.	Beschwerdemanagement	<p>Ist die Umsetzung eines Beschwerdemanagements vorgesehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Beauftragter: _____</p>

### XI. Verträge

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI (bei Pflegeeinrichtungen) bzw. Vereinbarung nach § 123 ff. SGB IX (bei Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen):

<p>Wird der Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 72 SGB XI beabsichtigt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, haben Sie bereits Kontakt mit den Pflegekassen aufgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, mit _____ <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Wird der Abschluss einer Vereinbarung nach § 123 ff. SGB IX angestrebt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, haben Sie bereits Kontakt mit dem KVJS aufgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>



**Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:**

- **Verträge mit den Bewohnern:**
  - Muster des zwischen den Bewohnern und dem Anbieter abzuschließenden Vertrags oder der Verträge
  - Hausordnung der stationären Einrichtung
  
- **Versorgungsvertrag** nach § 72 SGB XI oder die Erklärung, ob ein solcher Versorgungsvertrag angestrebt wird
- **Pflegesatzvereinbarung** nach § 85 SGB XI oder die Erklärung, ob eine solche Vereinbarung angestrebt wird
- **Vereinbarung** nach § 123 ff. SGB IX oder die Erklärung, ob eine solche Vereinbarung angestrebt wird (Eingliederungshilfe).
- **Einzelvereinbarung** aufgrund § 39a SGB V oder die Erklärung, ob solche Vereinbarungen angestrebt werden (Hospizleistungen).
  
- **Konzeption**
  - Konzeption der Einrichtung
  - Allgemeine Leistungsbeschreibung der Einrichtung mit dem vorgesehenen Leistungsangebot
  - Ggf. Konzeption der Betreuung und Versorgung demenziell erkrankter Bewohner

*Raum für Bemerkungen und weitere Informationen:*

Ich versichere/wir versichern die Richtigkeit der vorstehenden Angaben

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Träger

**Hinweis:**

**Wir bitten Sie, die vorgesehene Betriebsaufnahme oder einen geplanten Trägerwechsel so früh wie möglich – spätestens drei Monate vor Inbetriebnahme - anzuzeigen und die Unterlagen schnellstmöglich vorzulegen bzw. nachzureichen. Erst, wenn der Heimaufsicht alle Unterlagen vollständig vorliegen, kann eine abschließende Prüfung, ob die Anforderungen nach § 10 WTPG erfüllt sind, erfolgen.**

Stand 05.05.2023