

# Anzeige nach § 12 Heimgesetz (HeimG) und zugleich gemeinsamer Strukturhebungsbogen der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen

- für ein neues Heim
- für einen Wechsel des Heimträgers
- für die Ablösung des Bestandschutzes durch einen Versorgungsvertrag
- für die Erweiterung des vorhandenen Heimes

**Landkreis/kreisfreie Stadt**

**Straße**  
**PLZ Ort**

## 1. Allgemeine Angaben

### 1.1. Anzeige

Ich zeige an/ Wir zeigen an, dass ich/wir die nachstehende Einrichtung betreiben wollen		
<input type="checkbox"/> Altenpflegeheim	<input type="checkbox"/> Heim für Menschen mit Behinderungen	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeheim	<input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz	
<input type="checkbox"/> teilstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Vorgesehener Betriebsbeginn ist der	Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI wird angestrebt ab dem *)	Abschluss von Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII wird angestrebt ab dem

\*) ein rückwirkender Abschluss der Verträge/Vereinbarungen ist nicht möglich!

### 1.2. Angaben zum Heim

Name		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Ortsteil)		
Heimleitung		
verantwortliche Pflegefachkraft/ Pflegedienstleitung		
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft		
Telefon	Telefax	E-Mail
Institutionskennzeichen (IK)	<i>Falls noch nicht vorhanden, bitte umgehend beantragen bei: Sammel- und Verteilungsstelle Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin. Das IK wird für die Abrechnung und den per Gesetz vorgeschriebenen Datenträger austausch benötigt.</i>	

### 1.3. Angaben zum Träger des Heimes

Name/Firma		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		
Geschäftsführung		
Telefon	Telefax	E-Mail

Rechtsform des Trägers
<input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> e. V. <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Status des Trägers
<input type="checkbox"/> kommunal <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> privat - gewerblich
Mitgliedschaft in einem Verband im Sinne von § 15 (8) HeimG/§ 114 Abs. 6 SGB XI
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
Sollte der Verband bei der behördlichen Überwachung beteiligt werden?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Betreiben Sie bereits ein Heim im Sinne des Heimgesetzes?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, bei welcher Dienststelle und unter welchem Geschäftszeichen wurde der Betrieb des Heimes angezeigt?
Der Träger der Einrichtung betreibt am selben Ort auch eine (ggf. weitere)
ambulante Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
vollstationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   Platzzahl:
teilstationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   Platzzahl:
Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   Platzzahl:
Krankenhaus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Heim für Menschen mit Behinderungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
sonstige Einrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## 2. Angaben zur Struktur der Einrichtung

### 2.1. Wirtschaftliche Selbstständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbstständigkeit der Pflegeeinrichtung ab der Inbetriebnahme dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und –verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der stationären Pflege klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben der Pflegeeinrichtung abgegrenzt sind?

ja    nein

**2.2. Leitung des Heimes**

Name, Vorname	
Geburtsname	Geburtsdatum
Wohnanschrift	

**Ausbildung der Heimleitung**

Berufsausbildung	mit staatlich anerkanntem Abschluss	ohne staatlich anerkanntem Abschluss	im Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fort- und Weiterbildung (wann und wo stattgefunden?)
--

**Bisherige hauptberufliche Tätigkeiten der Heimleitung**

von	Bis	beschäftigt als	bei

Legen Sie bitte Qualifikationsnachweise und anderer Nachweise über die bisherige hauptberufliche Tätigkeit/bisherigen hauptberuflichen Tätigkeiten im Original oder als beglaubigte Kopie vor.

Zur Beurteilung der persönlichen Zuverlässigkeit sind nach § 3 Abs. 1 Heimpersonalverordnung (HeimPersV) folgende Unterlagen erforderlich:

- Führungszeugnis (Belegart: „0“)
- Auskunft aus dem Gewerbezentralregister (Belegart: „3“)

**Hinweis:**

Das Führungszeugnis und die Auskunft aus dem Gewerbezentralregister sind bei der Wohnortgemeinde (Meldebehörde) zu beantragen und direkt an die Heimaufsichtsbehörde

zu adressieren.

### 2.3. **Pflegedienstleitung/Verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung**

(§ 4 Abs. 2 HeimPersV; § 71 Abs. 3 SGB XI; Gemeinsame Grundsätze nach § 80 SGB XI)

	<b><u>Pflegedienstleitung/verantwortliche Pflegefachkraft</u></b>	<b><u>Stellvertretung</u></b>
Name, Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift		

Berufsausbildung		
Wöchentliche Arbeitszeit		
Sozialversicherungs- pflichtig beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Weiterbildung (mind. 460 Stunden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

#### **Hinweise:**

Zur Beurteilung der persönlichen Zuverlässigkeit ist nach § 4 Abs. 2 Satz 2 HeimPersV für die Pflegedienstleitung ein aktuelles Führungszeugnis (Belegart: „0“) erforderlich.

Das Führungszeugnis ist bei der Wohnortgemeinde (Meldebehörde) zu beantragen und direkt an die Heimaufsichtsbehörde zu adressieren (siehe oben - Ziff. 2.2).

#### **2.3.1. *Ausbildung der Pflegedienstleitung/ verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung***

Für die Anerkennung als Pflegedienstleitung/verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung ist der Abschluss einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder -pfleger, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder -pfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder -pfleger nach dem Altenpflegegesetz erforderlich.

Legen Sie bitte das Original oder eine beglaubigte Kopie des Abschlusszeugnisses und der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (Berufsurkunde) vor.

#### **2.3.2. *Berufs- und Leitungserfahrung der Pflegedienstleitung (HeimPersV)/ verantwortlichen Pflegefachkraft (SGB XI) und deren Stellvertretung***

Die für die Leitung eines Heims erforderlichen und erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten sind in der Regel durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung nachzuweisen. Die Weiterbildung (siehe 2.3.) kann auf für die Leitung eines Heimes erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten angerechnet werden.

Als verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung ist neben der o. g. Ausbildung, eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.

Legen Sie bitte Nachweise über die Berufserfahrung wie z.B. Arbeitszeugnisse, Bestätigungen etc. vor.

### 2.3.3. Weiterbildung der Pflegedienstleitung/verantwortlichen Pflegefachkraft

Die Pflegedienstleitung/verantwortliche Pflegefachkraft muss eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 erfolgreich durchgeführt haben.

Legen Sie bitte eine Kopie über den Abschluss der Weiterbildungsmaßnahme vor.

### 2.4. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit ist eine Kalkulation der betrieblichen Erlöse und Aufwendungen für einen Jahreszeitraum beizufügen.

### 2.5. Angaben zum vorgesehenen bzw. vorhandenen Personal

(einschließlich der Heimleitung sowie der Pflegedienstleitung/verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung)

	Vollzeit	Teilzeit	Teilzeitkräfte umgerechnet in Vollzeitkräfte	geringfügig beschäftigt
Gesundheits- u. Krankenpflegerin/ -pfleger				
Gesundheits- u. Kinderkrankenpflegerin/ -pfleger				
Altenpfleger/ in				
Heilerziehungspfleger/ in				
sonstige Pflegekräfte				
Betreuungsfachkräfte				
Sonstige Betreuungskräfte				
Begleitender Dienst				
Verwaltungspersonal				
Hauswirtschaftliches Personal				
Technischer Dienst				

#### Hinweise:

Die tatsächliche Personalbesetzung ist rechtzeitig vor der Aufnahme des Betriebes der Heimaufsicht anzuzeigen.

Die ständige Anwesenheit mindestens einer Pflegefachkraft im Nachtdienst muss sichergestellt sein.

## 2.6. *Platzzahlverteilung*

Die Einrichtung verfügt über insgesamt _____ Plätze, davon:		Altenpflegeheimplätze (vollstationär – einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze)
		Heimplätze für Menschen mit Behinderungen
		Kurzzeitpflegeheimplätze (keine Streuplätze)
		Tagespflegeplätze
		Nachtpflegeplätze
		sonstige Plätze
Die vollstationären Plätze werden vorgehalten in		Einzelzimmern
		Doppelzimmern

## 2.7. *Sonstige Angaben bei teilstationären Pflegeeinrichtungen:*

### 2.7.1. *Öffnungszeiten*

---

### 2.7.2. *Örtlicher Einzugsbereich:* (die Fahrtzeit sollte nicht länger als 45 Min. dauern)

---

## 3. *Sonstige Angaben*

### 3.1 *Grundstück und Gebäude*

Gebäudeeigentümer ist  
 der Einrichtungsträger  eine Dritte/ein Dritter

Der Miet- oder Pachtvertrag/ der Grundbuchauszug  
 ist beigelegt  wird nachgereicht

### 3.2 *Betriebsräume*

Bitte eine Aufstellung nach folgendem Schema beifügen:

Bezeichnung des Raumes (z. B. Wohnerraum, Gemeinschaftsraum, Küche)	Größe in m <sup>2</sup>	Geschoss
--	-------------------------	----------

Baupläne im Maßstab 1 : 100 (in zweifacher Ausfertigung)  
 sind beigefügt  werden nachgereicht

Bau- bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung  
 ist beigefügt  wird nachgereicht

### 3.3 Außenanlagen

Bitte eine Aufstellung mit der Beschreibung der vorhandenen Außenanlagen (z.B. Garten, Terrassen, Freisitze) beifügen.

### 3.4. Konzeption

Zur Beurteilung der inhaltlichen Arbeit ist es erforderlich, dass Sie eine schriftliche Konzeption vorlegen, in welcher insbesondere beschrieben wird, welche Angebote der Betreuung und Pflege Sie für welchen Personenkreis unter welcher Zielsetzung anbieten. Zeigen Sie auf, wie mit Ihrer personellen Ausstattung alle Pflege- und Betreuungszeiten (Tag- und Nachtdienste) abgedeckt werden (z. B. fiktive Dienstplangestaltung für einen Monat oder vorhandenen Dienstplan in Kopie).

ist beigefügt.  wird nachgereicht.

**Bitte fügen Sie darüber hinaus eine schriftliche Darstellung Ihres Qualitätsmanagements bei (§ 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB XI i. V. m. § 113 SGB XI n. F. bzw. bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung i. V. m. § 80 SGB XI in der bis 30.06.2008 gültigen Fassung sowie § 11 Abs. 1 Ziffer 3 HeimG).**

### 3.5. Pflegedokumentation (Welche Art wird verwendet?)

### 3.6. Expertenstandards

Die Expertenstandards nach § 113 a SGB XI werden angewandt.

Ja  Nein

### 3.7. Ärztliche Versorgung

Durch wen stellen Sie unter Beachtung der grundsätzlich bestehenden *freien Arztwahl* die ärztliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner (§ 11 Ziff. 3 HeimG) sicher?

Name, Vorname
Anschrift
Telefon

### 3.8. Vergütungen

Allen Beschäftigten in der Pflegeeinrichtung werden ortsübliche Vergütungen gezahlt.

Ja

Nein

### 3.9. Musterheimvertrag

ist beigefügt.

wird nachgereicht.

### 3.10. Heimordnung

ist beigefügt.

wird nachgereicht.

besteht nicht.

## 4. Angaben zur Person des Heimträgers und der vertretungsberechtigten Person/en einer juristischen Person

Falls eine juristische Person Träger des Heimes 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.

Name, Vorname	
Geburtsname	Geburtsdatum
Wohnanschrift	
derzeitiger Beruf	
Ist gegen Sie zurzeit ein Strafverfahren anhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ggf. aus welchem Grund und bei welcher Staatsanwaltschaft und unter welchem Aktenzeichen wird das Ermittlungsverfahren geführt?	

Ist derzeit ein Insolvenzverfahren eingeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---

Ist in der Vergangenheit eine Eidesstattliche Versicherung geleistet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann und wo?

#### 4.1. Zur Beurteilung der persönlichen Zuverlässigkeit sind auf der Grundlage des § 11 Abs. 2 HeimG folgende Unterlagen erforderlich:

- Führungszeugnis (Belegart: „0“)
- Auskunft aus dem Gewerbezentralregister (Belegart: „3“)
- Unbedenklichkeitsbescheinigung des Finanzamtes

Zum Antragsverfahren siehe den Hinweis unter Ziffer 2.2



**4.2. Für den Fall, dass eine Gesellschaft/ ein Verein das Heim betreibt, bitte folgende Unterlagen vorlegen:**

(Die Vorlage ist erforderlich, um zu überprüfen, ob die Voraussetzungen des § 11 HeimG erfüllt sind):

Gesellschaftsvertrag/Satzung

ist beigefügt.

wird nachgereicht.

Nachweis über die Eintragung im Handelsregister/Vereinsregister

ist beigefügt

wird nachgereicht.

Nachweis über die Bestellung der Geschäftsführung oder der/des Vorsitzenden

ist beigefügt.

wird nachgereicht.

**Hinweise:**

- Wer vorsätzlich oder fahrlässig der Anzeigepflichtung nach § 12 Abs. 1 HeimG zuwiderhandelt, kann gemäß § 21 HeimG mit einer Geldbuße bis zu 25.000,00 € belegt werden.
- Nach § 15 Abs. 1 S. 5 HeimG haben Sie der zuständigen Behörde die für die Durchführung des Gesetzes und der aufgrund des Heimgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- Wer vorsätzlich oder fahrlässig eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt, kann gemäß § 21 HeimG mit einer Geldbuße bis zu 10.000,00 € belegt werden, kann den Bestand des Versorgungsvertrages gefährden und muss mit weiteren rechtlichen Konsequenzen nach dem SGB XI rechnen.
- Die Daten werden von der Heimaufsichtsbehörde an die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen und den für das Erteilen des Einvernehmens nach § 72 Abs. 2 SGB XI zuständigen Sozialhilfeträger weiter geleitet (nicht bei Einrichtungen für volljährige behinderte Menschen)
- Die diesem Antrag beigefügten Unterlagen und Nachweise werden nicht an die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen weitergeleitet. Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen auf Anforderung im Einzelfall die entsprechenden Unterlagen und Nachweise unverzüglich vorzulegen.
- Es wird darauf hingewiesen, dass **Zusatzleistungen** (keine Leistungserbringung durch Dritte) den Landesverbänden der Pflegekassen, den örtlichen Trägern der Sozialhilfe und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe vor Leistungsbeginn schriftlich mitzuteilen sind (§ 88 SGB XI).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Trägerin/des Trägers/  
des Vertretungsorgans

*An den jeweils zuständigen  
Landesverband der Pflegekassen*

Anliegend erhalten Sie den gemeinsamen Strukturhebungsbogen:

**Stellungnahme der Heimaufsichtsbehörde**

- Gegen die Betriebsaufnahme bestehen aus heimrechtlicher Sicht keine Bedenken.
- Die eingereichten Unterlagen sind nicht vollständig bzw. konnten noch nicht abschließend geprüft werden. Nach Abschluss der Prüfung erhalten Sie unaufgefordert Nachricht.
- Gegen die Betriebsaufnahme bestehen aus heimrechtlicher Sicht folgende Bedenken:

Die Stellungnahme des Sozialhilfeträgers zur Herstellung des Einvernehmens für den Abschluss des Versorgungsvertrages erhalten Sie gesondert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heimaufsicht

*An den jeweils zuständigen  
Landesverband der Pflegekassen*

Abschluss eines Versorgungsvertrages für folgende Einrichtung:

### **Stellungnahme des Sozialhilfeträgers**

- Hiermit erteilen wir das für den Abschluss des Versorgungsvertrages notwendige Einvernehmen nach § 72 Abs. 2 SGB XI.
- Das für den Abschluss des Versorgungsvertrages notwendige Einvernehmen kann noch nicht erteilt werden. Nach Abschluss der Prüfung erhalten Sie unaufgefordert Nachricht
- Das für den Abschluss des Versorgungsvertrages notwendige Einvernehmen wird nicht erteilt.  
Begründung:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sozialhilfeträger