

LEITFADEN FÜR INHABER,
GESCHÄFTSFÜHRUNGEN UND
PFLEGEDIENSTLEITUNGEN

Pflegerecht für die Praxis

Dr. iur. Johannes Arndt LL.B. · Rechtsanwalt | Partner

Rechtliche Grundlagen für ambulante Pflegedienste,
Wohngemeinschaften und Betreutes Wohnen

**Wissen, was gilt – vom Versorgungsvertrag
bis zur Wohngemeinschaft.**

Das Wichtigste auf einer Seite

Zehn Aussagen, die den Alltag ambulanter Pflegedienste rechtlich prägen. Jede verweist auf das Kapitel, das sie vertieft.

- 1 Vier Ansprechpartner.**
 Kunde, Pflegekasse, Krankenkasse und Sozialhilfeträger haben jeweils eigene Regeln. Wer weiß, wer wofür zahlt, spart Streit und Zeit.
 → [Kapitel 1](#)
- 2 Zwei Zulassungen, zwei Welten.**
 Der Versorgungsvertrag nach SGB XI und der Vertrag zur häuslichen Krankenpflege nach SGB V sind getrennt zu verhandeln. Beide hängen an der Pflegedienstleitung.
 → [Kapitel 2](#)
- 3 Der Kunde kann jederzeit kündigen.**
 Der Pflegevertrag ist gesetzlich geregelt und für den Pflegebedürftigen fristlos kündbar.
 → [Kapitel 3](#)
- 4 Budgets statt Bausteine.**
 Sachleistung, Pflegegeld, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege: Wer die Budgets seiner Kunden kennt, plant Leistungen, die auch bezahlt werden.
 → [Kapitel 4](#)
- 5 Die Vergütung wird verhandelt – oder festgesetzt.**
 Nach § 89 SGB XI gelten dieselben Grundsätze wie stationär: leistungsgerecht, prospektiv, Schiedsstelle als normales Instrument.
 → [Kapitel 5](#)
- 6 Behandlungspflege hat eigene Regeln.**
 Verordnung, Genehmigung, Vertrag nach § 132a SGB V, bei Streit die Schiedsperson. Fehler kosten hier am schnellsten Geld.
 → [Kapitel 6](#)
- 7 Der Leistungsnachweis ist Ihr Beweismittel.**
 Ohne unterschriebenen, plausiblen Nachweis keine Vergütung – und im Zweifel ein Betrugsvorwurf. Der elektronische Leistungsnachweis wird verbindlich (Stichtag Dezember 2026, Verschiebung auf Oktober 2027 im Gespräch).
 → [Kapitel 9](#)
- 8 Wohngemeinschaften sind ambulant – wenn sie es wirklich sind.**
 Freie Wahl des Pflegedienstes, gemeinschaftliche Beauftragung, keine Vollversorgung: Nur dann gibt es den Wohngruppenzuschlag und keine Heimaufsicht.
 → [Kapitel 12](#)
- 9 Die falsche Vertragsbezeichnung schützt nicht.**
 Wer Wohnraum und Betreuung koppelt, hat einen Wohn- und Betreuungsvertrag – auch wenn „Mietvertrag“ darübersteht.
 → [Kapitel 13](#)
- 10 Liquidität ist die Achillesferse.**
 Abrechnungszyklen, Kürzungen und verzögerte Sozialhilfe treffen ambulante Dienste schneller als jede Prüfung. Frühwarnzahlen monatlich lesen.
 → [Kapitel 14](#)

PNOG-HINWEIS

Bei Redaktionsschluss lag der Referentenentwurf eines Pflege neuordnungsgesetzes vor (geplantes Inkrafttreten 1. Januar 2027). Für die ambulante Pflege greift er tief: Aus der Pflegesachleistung soll ein Sachleistungsbudget werden, aus dem Pflegegeld ein Entlastungsbudget. Der Entlastungsbetrag soll als Sozialraumbudget nur noch für anerkannte Angebote und nur für die Pflegegrade 2 bis 5 gelten. Die Verhinderungspflege wird in die Budgets eingegliedert, ein neues Überbrückungsbudget soll Akutsituationen abdecken. Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sollen ab 2028 in eine „Pflegebegleitung“ überführt werden. Dazu kommt die befristete Aussetzung der Tariftreue und der Wirtschaftlichkeitsfiktion des § 82c SGB XI. Lohnsteigerungen sollen nur noch bis zur Entwicklung der Grundlohnsumme refinanziert werden. Ab 2028 sollen die Leistungsbeträge jährlich steigen; die Begutachtungsschwellen sollen strenger werden. Ob und wie das Gesetz kommt, ist offen. Dieser Leitfaden beschreibt die geltende Rechtslage; an den betroffenen Stellen finden Sie einen PNOG-Hinweis.

So nutzen Sie diesen Leitfaden

Der Leitfaden folgt dem Lebenszyklus eines ambulanten Dienstes. Fünf Teile ordnen die Kapitel: Aufbauen, Finanzieren, Betreiben, Wohnformen, Verändern. Ein farbiger Randbalken zeigt, in welchem Teil Sie sind.

Jedes Kapitel ist gleich aufgebaut. Der Kapitelauftritt nennt den Nutzen, die Lesezeit und drei Kernpunkte. Danach folgen eine kurze Einordnung, drei Praxisfragen, eine Infografik, typische Fehler und ein Praxistipp. Am Rand stehen Merksatz, Normen und Rechtsprechung – zum Nachschlagen, nicht zum Lesen.

Drei Kästen kehren wieder: Der Praxistipp zeigt, was sich bewährt hat. Achtung markiert ein Risiko. Der PNOG-Hinweis zeigt, wo die Pflegereform etwas ändern könnte.

Dieser Leitfaden ergänzt unseren Leitfaden für stationäre Einrichtungen. Wo beide Welten dieselben Regeln teilen, konzentriert sich dieser Band auf die ambulanten Besonderheiten. Das gilt etwa für Personal, Haftung und Sanierung.

DIE FÜNF TEILE

A Aufbauen

B Finanzieren

C Betreiben

D Wohnformen

E Verändern

DIE DREI KÄSTEN

Praxistipp

Achtung

PNOG-Hinweis

Vorwort



Ambulante Pflege ist die Versorgungsform mit den meisten Vertragspartnern und den kürzesten Fristen. Pflegekasse, Krankenkasse und Sozialhilfeträger zahlen nach unterschiedlichen Regeln. Der Kunde kann jeden Tag wechseln. Und die Abrechnung wird gerade vollständig digital.

Dieser Leitfaden ist für Inhaber, Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen ambulanter Dienste geschrieben. Ebenso für alle, die Wohngemeinschaften oder Betreutes Wohnen anbieten. Er erklärt die Rechtsthemen, die in unserer Beratung am häufigsten den Unterschied machen. Kurz, verständlich und mit Blick auf den Alltag. Er ersetzt keine Beratung im Einzelfall. Er hilft Ihnen, Risiken früh zu erkennen und keine Fristen zu versäumen.

Berlin, im September 2026

Dr. iur. Johannes Arndt LL.B.

Rechtsanwalt | Partner

Inhalt

	Das Wichtigste auf einer Seite	2
	So nutzen Sie diesen Leitfaden · Vorwort	3
1	Das Spielfeld: Wer zahlt wofür? · Vier Kostenträger, ein Kunde, ein Dienst	5
Teil A	Aufbauen	7
2	Zulassung · Versorgungsvertrag, Krankenkassenvertrag, Pflegedienstleitung	8
3	Der Pflegevertrag · Rechte und Pflichten nach § 120 SGB XI	10
Teil B	Finanzieren	13
4	Die Leistungsbudgets · Womit Ihre Kunden Ihre Leistungen bezahlen	14
5	Die Vergütungsverhandlung · Leistungskomplexe, Zeitvergütung, Schiedsstelle	17
6	Behandlungspflege · Verordnung, Genehmigung, Vertrag und Schiedsperson nach SGB V	20
Teil C	Betreiben	23
7	Personal und Touren · Fachkraftaufgaben, Arbeitszeit, Fahrten, Honorarkräfte	24
8	Qualität und Aufsicht · MD-Prüfung im Hausbesuch, Heimaufsicht bei Wohngemeinschaften	26
9	Leistungsnachweis und Abrechnung · Vom Unterschriftenfehler zum Betrugsvorwurf	28
10	Haftung und Dokumentation · Verantwortung im Hausbesuch	30
11	Digitalisierung und Compliance · Telematik, elektronischer Leistungsnachweis, Datenschutz, Hinweisgeberschutz	32
Teil D	Wohnformen	34
12	Ambulant betreute Wohngemeinschaften · Wohngruppenzuschlag, Ordnungsrecht, Intensivpflege	35
13	Betreutes Wohnen und die Vertragsfrage · Wohn- und Betreuungsvertrag oder Mietvertrag plus Pflegevertrag?	38
Teil E	Verändern	41
14	Krise und Konflikt · Liquidität, Kündigung der Verträge, Eilrechtsschutz	42
15	Verkauf, Übernahme, Sanierung · Was einen Pflegedienst wertvoll macht – und was ihn rettet	44
16	Wann Sie nicht warten sollten · Neun Situationen – und der nächste Schritt	46
A	Anhang A – Glossar	48
B	Anhang B – Rechtsquellen im Überblick	49
C	Anhang C – Wer prüft was?	50
	Über medlegal Rechtsanwälte · Ansprechpartner, Kontakt	51

1 Das Spielfeld: Wer zahlt wofür?

Vier Kostenträger, ein Kunde, ein Dienst

GRUNDLAGE · LESEZEIT 3 MINUTEN

Nach diesem Kapitel ordnen Sie jede Leistung und jeden Konflikt dem richtigen Kostenträger zu.

IN DREI PUNKTEN

- Pflegekasse, Krankenkasse und Sozialhilfeträger zahlen nach drei verschiedenen Gesetzen.
- Vertragspartner des Pflegevertrages ist immer der Kunde. Die Kassen zahlen für seinen Anspruch.
- Die Zuordnung der Leistung entscheidet über Antrag, Abrechnung, Rechtsweg und Fristen.

EINORDNUNG

Stationär gibt es ein Dreieck. Ambulant kommt eine vierte Ecke hinzu: die Krankenkasse. Sie zahlt die Behandlungspflege nach dem SGB V. Die Pflegekasse zahlt die Pflegesachleistung nach dem SGB XI. Der Sozialhilfeträger füllt Lücken nach dem SGB XII. Der Kunde steht in der Mitte – und mit ihm Ihr Pflegevertrag. Wer diese Ordnung im Kopf hat, versteht jede Rechnung und jeden Ablehnungsbescheid.

PRAXISFRAGEN

Was zahlt die Pflegekasse – und wie kommt das Geld zu Ihnen?

Die Pflegekasse schuldet dem Kunden die Pflegesachleistung bis zum Höchstbetrag seines Pflegegrads (§ 36 SGB XI). Sie rechnen diese Leistung direkt mit der Kasse ab – auf Grundlage des Versorgungsvertrags und der Vergütungsvereinbarung (→ Kapitel 5). Was darüber hinausgeht, zahlt der Kunde selbst. Dazu kommen Pflegegeld, Kombinationsleistung, Entlastungsbetrag und Verhinderungspflege – Budgets, die der Kunde steuert (→ Kapitel 4).

Was zahlt die Krankenkasse?

Die Krankenkasse zahlt die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V): Behandlungspflege wie Medikamentengabe, Injektionen oder Wundversorgung. Voraussetzung sind eine ärztliche Verordnung und die Genehmigung der Kasse. Grundlage Ihrer Abrechnung ist der Vertrag nach § 132a SGB V (→ Kapitel 6). Pflegekasse und Krankenkasse sitzen oft unter einem Dach – rechtlich sind sie zwei Träger mit zwei Verfahren.

Wo bleibt der Sozialhilfeträger?

Reichen Einkommen und Vermögen nicht, übernimmt er die ungedeckten Kosten als Hilfe zur Pflege (SGB XII). Er ist dann dritter Kostenträger – mit eigenem Antrag, eigenen Fristen und eigener Vereinbarung über Ihre Vergütung (§§ 75 ff. SGB XII). Bei Wohngemeinschaften wird er häufig zum größten Zahler (→ Kapitel 12). Sozialhilfe beginnt mit dem Tag, an dem der Träger vom Bedarf erfährt (§ 18 SGB XII). Melden Sie ihn früh.

MERKSATZ

Erst den Kostenträger bestimmen, dann die Leistung planen.

NORMEN

§ 36 SGB XI –
Pflegesachleistung

§ 37 SGB V – Häusliche
Krankenpflege

§ 132a SGB V – Vertrag mit
den Krankenkassen

§§ 75 ff. SGB XII – Vereinbarungen mit dem
Sozialhilfeträger

§ 18 SGB XII – Einsetzen
der Sozialhilfe

§ 120 SGB XI – Pflegevertrag



TYPISCHE FEHLER

- 1 Behandlungspflege wird ohne genehmigte Verordnung erbracht – die Krankenkasse zahlt nicht, der Kunde auch nicht.
- 2 Der Kunde wird als unbeteiligter Dritter behandelt, wenn Kassen nicht zahlen. Dabei ist er Ihr Schuldner und muss mitwirken.
- 3 Der Antrag auf Hilfe zur Pflege liegt Monate, während Sie vorfinanzieren.

PRAXISTIPP

Legen Sie für jeden Kunden ein Kostenträger-Blatt an: Wer zahlt welche Leistung, bis zu welchem Betrag, auf welcher Grundlage? Das Blatt gehört in die Akte und in jedes Gespräch mit Angehörigen. Es ist die einfachste Prävention gegen offene Posten.

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf ordnet die Leistungen der Pflegekasse in Budgets neu (Sachleistungs-, Entlastungs-, Sozialraum-, Überbrückungsbudget). Die vier Ecken bleiben – die Beträge und Namen ändern sich.



TEIL A

Aufbauen

Vom Konzept bis zum ersten Einsatz: die zwei Zulassungen, die Pflegedienstleitung – und der Vertrag mit jedem einzelnen Kunden.

Kapitel 2 und 3

2 Zulassung

Versorgungsvertrag, Krankenkassenvertrag, Pflegedienstleitung

TEIL A · AUFBAUEN · LESEZEIT 3 MINUTEN

Nach diesem Kapitel kennen Sie die zwei Zulassungen eines ambulanten Dienstes – und die Person, an der beide hängen.

IN DREI PUNKTEN

- Auf den Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben Sie einen Rechtsanspruch, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind.
- Der Vertrag zur häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V wird gesondert geschlossen.
- Ohne verantwortliche Pflegefachkraft gibt es keine Zulassung – und bei Varianz Kürzung oder Kündigung.

EINORDNUNG

Ambulante Dienste unterliegen nicht dem Heimrecht und sind auf keine Baugenehmigung angewiesen. Dafür brauchen sie zwei Zulassungen: eine bei den Pflegekassen für die Pflegesachleistung, eine bei den Krankenkassen für die Behandlungspflege. Beide verlangen dieselbe Schlüsselperson – die Pflegedienstleitung. Und beide sind erst dann wirtschaftlich, wenn die Vergütung jeweils korrekt verhandelt ist.

PRAXISFRAGEN

Habe ich einen Anspruch auf den Versorgungsvertrag?

Ja, wenn Ihr Dienst leistungsfähig und wirtschaftlich ist und eine verantwortliche Pflegefachkraft hat. Hinzu kommt die tarifliche oder tarifähnliche Entlohnung (§ 72 Abs. 3, 3a SGB XI). Eine Bedarfsprüfung gibt es nicht. Der Vertrag legt Einzugsbereich, Leistungen und Personalanforderungen fest. Die Details – Fachkraftquote, Erreichbarkeit, Leistungsnachweise – stehen im Rahmenvertrag Ihres Landes (§ 75 SGB XI). Lesen Sie ihn vor dem Antrag, nicht nach der ersten Prüfung.

Was verlangt der Vertrag mit den Krankenkassen?

Für die häusliche Krankenpflege brauchen Sie einen Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V. Er regelt Eignung, Personal, Qualität und Vergütung. Auf Bundesebene gelten Rahmenempfehlungen, auf Landesebene oft Rahmenverträge, denen Sie beitreten. Die Krankenkassen müssen mit geeigneten Diensten Verträge schließen – ein Auswahlermessen wie bei Ausschreibungen haben sie nicht. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet eine Schiedsperson (→ Kapitel 6).

Welche Anforderungen gelten für die Pflegedienstleitung?

Die verantwortliche Pflegefachkraft muss Pflegefachperson sein (§ 71 Abs. 3 SGB XI). Sie muss in den letzten acht Jahren mindestens zwei Jahre hauptberuflich gearbeitet haben. Und sie braucht eine Weiterbildung von mindestens 460 Stunden. Die Rahmenverträge verlangen zusätzlich eine Stellvertretung. Fällt die Leitung aus, müssen Sie das den Kassen melden. Bleibt die Stelle unbesetzt, drohen Vergütungskürzung und Kündigung des Versorgungsvertrags.

MERKSATZ

Zwei Zulassungen, eine Schlüsselperson: die Pflegedienstleitung.

NORMEN

§ 71 Abs. 1, 3 SGB XI – Pflegedienst, verantwortliche Pflegefachkraft

§ 72 SGB XI – Versorgungsvertrag, Tariftreue (Abs. 3a)

§ 75 SGB XI – Rahmenverträge

§ 132a Abs. 1, 4 SGB V – Rahmenempfehlungen, Verträge

§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag

KURZ ERKLÄRT: ANGEBOTE ZUR UNTERSTÜTZUNG IM ALLTAG

Wer Betreuungs- oder Entlastungsangebote über den Entlastungsbetrag abrechnen will, braucht eine landesrechtliche Anerkennung nach § 45a SGB XI. Zugelassene Pflegedienste gelten in den meisten Ländern automatisch als anerkannt. Für eigenständige Betreuungsangebote, Alltagsbegleiter oder Nachbarschaftshilfe gilt das nicht – hier entscheidet die Landesverordnung über Qualifikation, Konzept und Versicherung.

INFOGRAFIK Zwei Zulassungswege, eine Schlüsselperson**WEG 1 · SGB XI – PFLEGEKASSEN**

- 1 · Konzept
- 2 · Pflegedienstleitung benennen
- 3 · Antrag Versorgungsvertrag § 72
- 4 · Vergütungsverhandlung § 89
- 5 · Aufnahme der Versorgung

WEG 2 · SGB V – KRANKENKASSEN

- 1 · Nachweis der Eignung
- 2 · Pflegedienstleitung benennen
- 3 · Beitritt Rahmenvertrag oder Einzelvertrag § 132a
- 4 · Vergütungsvereinbarung
- 5 · Abrechnungsfreigabe

Klammer beider Wege: Pflegedienstleitung + Stellvertretung

DANEBEN Institutionskennzeichen · Telematik-Anbindung · Versicherungen

TYPISCHE FEHLER

- 1** Der Versorgungsvertrag ist unterschrieben, die Vergütung nicht verhandelt – der Dienst startet mit den niedrigsten Sätzen der Region.
- 2** Die Stellvertretung der Pflegedienstleitung existiert nur auf dem Papier – bei Ausfall fehlt die Zulassungsvoraussetzung.
- 3** Der Rahmenvertrag wird nie gelesen – bis der Medizinische Dienst nach der 24-Stunden-Erreichbarkeit fragt.

PRAXISTIPP

Beantragen Sie beide Zulassungen gleichzeitig und verhandeln Sie die Vergütung im selben Zug. Halten Sie für die Pflegedienstleitung immer eine qualifizierte Stellvertretung bereit – die Vakanz ist das häufigste Einfallstor für Kürzungen oder gar vollständige Rückforderungen.

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf sieht vor, die Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung befristet auszusetzen. Die Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen künftig über ein Sozialraumbudget finanziert werden und für zugelassene Pflegedienste ist die Abrechnung ausgeschlossen.

Nach diesem Kapitel gestalten Sie Pflegeverträge, die vor Kasse, Kunde und Gericht bestehen.

IN DREI PUNKTEN

- Der Vertrag entsteht spätestens mit dem ersten Einsatz – auch ohne Unterschrift.
- Der Kunde kann jederzeit ohne Frist kündigen. Klauseln dagegen sind unwirksam.
- Preise und voraussichtliche Kosten müssen schriftlich transparent sein – vorher und bei jeder Änderung.

EINORDNUNG

Der Pflegevertrag ist die Grundlage jeder Rechnung an Kunde, Kasse und Sozialamt. Das Gesetz regelt ihn in § 120 SGB XI nur knapp. Wer die Vorgaben beachtet, hat einen belastbaren Vertrag. Wer sie umgeht, verliert im Streit – und schuldet im Zweifel Geld zurück.

PRAXISFRAGEN

Was muss im Pflegevertrag stehen?

Mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen mit ihren Preisen (§ 120 Abs. 3 SGB XI). Maßgeblich sind die Vergütungen, die Sie nach § 89 SGB XI vereinbart haben – je Leistung oder Leistungskomplex einzeln. Vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Änderung informieren Sie den Kunden schriftlich über die voraussichtlichen Kosten. Nehmen Sie auf, dass der Kunde auch andere Anbieter nutzt. Für Privatleistungen gilt: keine höhere Vergütung als die vereinbarte (§ 120 Abs. 1 SGB XI). Die Kasse kann jederzeit eine Ausfertigung verlangen.

Wie enden Vertrag und Zahlungspflicht?

Der Kunde kann jederzeit fristlos und ohne Begründung kündigen (§ 120 Abs. 2 SGB XI). Vertragliche Kündigungsfristen für ihn sind unwirksam. Sie selbst können nur mit angemessener Frist und aus sachlichem Grund kündigen – die Rahmenverträge verlangen die Sicherung der Versorgung. Beahlt wird nur, was tatsächlich erbracht ist: Der Leistungsnachweis mit Unterschrift ist Ihr Beweismittel (→ Kapitel 9). Bei Tod endet der Vertrag; offene Beträge fordern Sie von den Erben.

MERKSATZ

Vertrag, Vergütungsvereinbarung und Leistungsnachweis müssen zusammenpassen.

NORMEN

§ 120 SGB XI – Pflegevertrag: Entstehung, Inhalt, Kündigung

§ 89 SGB XI – Vereinbarte Vergütung als Preisgrundlage

§ 18 SGB XII – Einsetzen der Sozialhilfe

§ 1358 BGB – Ehegattenvertretung

§§ 305 ff. BGB – AGB-Kontrolle

§§ 312 Abs. 2 Nr. 3, 312b, 312g, 355–357a BGB – Widerrufsrecht bei Verträgen außerhalb von Geschäftsräumen

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Welche Bedeutung hat der Vertrag für die Zahlungen der Kassen?

Eine große. Die Pflegekasse zahlt für den Anspruch des Kunden gegen Sie – nicht daneben. Fehlt eine Leistung im Vertrag oder ist ein Preis falsch, kürzt die Kasse. Und der Sozialhilfeträger prüft, ob Ihre Preise der Vergütungsvereinbarung entsprechen. Vertrag, Vereinbarung und Nachweis müssen zusammenpassen.

Hat der Kunde ein Widerrufsrecht?

Meist ja – und das wird oft übersehen. Pflegeverträge werden in der Regel in der Wohnung des Kunden geschlossen, also außerhalb von Geschäftsräumen (§ 312b BGB). Dann kann der Kunde den Vertrag 14 Tage lang widerrufen (§§ 312g, 355 BGB). Ob Pflegeverträge als „soziale Dienstleistungen“ ausgenommen sind (§ 312 Abs. 2 Nr. 3 BGB), ist umstritten. Belehren Sie deshalb vorsorglich – schriftlich und nachweisbar. Fehlt die Belehrung, läuft die Widerrufsfrist bis zu zwölf Monate und 14 Tage (§ 356 Abs. 3 BGB). Dann drohen Rückabwicklung und Streit über den Wertersatz für erbrachte Leistungen (§ 357a BGB).

KURZ ERKLÄRT: BETREUER, BEVOLLMÄCHTIGTE, ANGEHÖRIGE

Vertragspartner ist der Kunde. Ein Betreuer schließt den Vertrag nur, wenn sein Aufgabenkreis das abdeckt; Bevollmächtigte legen die Vollmacht vor. Angehörige ohne Vollmacht haben keine Vertretungsmacht – auch Ehegatten nicht (§ 1358 BGB gilt nur für Gesundheitsfragen). Nehmen Sie Betreuerausweis oder Vollmacht zur Akte.

ACHTUNG

Was tun, wenn der Kunde nicht zahlt? Meist stockt der Antrag auf Hilfe zur Pflege. Melden Sie den Bedarf mit Einverständnis des Kunden selbst an das Sozialamt. Sozialhilfe beginnt mit der Kenntnis des Trägers (§ 18 SGB XII). Mahnen Sie konsequent, aber kündigen Sie nicht überstürzt: Die Versorgungspflicht endet nicht mit dem Zahlungsverzug.

INFOGRAFIK Bausteinkarte: Der Pflegevertrag**PFLICHTINHALTE · § 120 ABS. 3**

Art, Inhalt und Umfang der Leistungen
Preise je Leistung oder Leistungskomplex (§ 89)
Kostenunterrichtung vorab und bei Änderung

ANLAGEN

Abtretungserklärung
Vollmacht oder Betreuerausweis
Datenschutzinformation
SEPA-Mandat

KÜNDIGUNGSRECHTE

Kunde: jederzeit, fristlos, ohne Grund
Dienst: sachlicher Grund, angemessene Frist, Versorgung gesichert

VERBINDUNGEN NACH AUSSEN

Pflegekasse: Ausfertigung auf Verlangen
Sozialamt: Preisprüfung gegen die Vergütungsvereinbarung

TYPISCHE FEHLER

- 1** Privatleistungen zu höheren Preisen als vereinbart – unzulässig, Rückforderung.
- 2** Kein aktualisiertes Kostenblatt nach Vergütungserhöhung – die Kasse zahlt neu, der Kunde streitet über den Rest.

PRAXISTIPP

Halten Sie ein Vertragsmuster mit Anlagen bereit: Leistungs- und Preisblatt, Kostenschätzung, Abtretung, Datenschutz, SEPA. Aktualisieren Sie das Preisblatt bei jeder neuen Vergütungsvereinbarung und lassen Sie es gegenzeichnen. Das ist Ihre Kostenunterrichtung nach § 120 SGB XI.

B

TEIL B

Finanzieren

Woher das Geld kommt und wie Sie es durchsetzen:
Leistungsbudgets, Vergütungsverhandlung nach
SGB XI, Behandlungspflege nach SGB V.

Kapitel 4 bis 6

Nach diesem Kapitel planen Sie Leistungen so, dass sie aus den Budgets Ihrer Kunden auch bezahlt werden.

IN DREI PUNKTEN

- Sachleistung, Pflegegeld und Kombination sind die drei Grundformen.
- Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege und Wohngruppenzuschlag sind Zusatzbudgets mit eigenen Regeln.
- Behandlungspflege läuft außerhalb dieser Budgets über die Krankenkasse.

EINORDNUNG

Ambulante Dienste verkaufen ihre Leistungen in ein System von Budgets. Jeder Kunde hat je nach Pflegegrad feste Monats- und Jahresbeträge. Wer sie kennt, gestaltet Leistungspläne, die tragen. Wer sie und ihre Anforderungen ignoriert, produziert Eigenanteile, die niemand zahlen will.

PRAXISFRAGEN

Welche Grundformen gibt es?

Die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) rechnen Sie direkt mit der Kasse ab – bis zum Höchstbetrag des Pflegegrads. Das Pflegegeld (§ 37) erhält der Kunde selbst. Dafür ist er zum Beratungsbesuch verpflichtet (§ 37 Abs. 3 SGB XI): halbjährlich in den Pflegegraden 2 und 3, vierteljährlich in 4 und 5. Die Vergütung des Besuchs vereinbaren Sie mit den Kassen (§ 37 Abs. 3 in Verbindung mit § 89 SGB XI); die Pflegekasse trägt sie. Die Kombinationsleistung (§ 38) mischt beides: Nutzt der Kunde die Sachleistung zu 60 Prozent, erhält er 40 Prozent des Pflegegelds. Das Verhältnis bindet ihn sechs Monate.

Welche Zusatzbudgets kommen hinzu?

Der Entlastungsbetrag von 131 Euro monatlich (§ 45b) ist für anerkannte Angebote, Tagespflege und Ihre Leistungen einsetzbar. Nicht genutzte Beträge sammeln sich im Kalenderjahr an. Bis zu 40 Prozent der Sachleistung können in Unterstützungsangebote umgewandelt werden (§ 45a Abs. 4). Der gemeinsame Jahresbetrag von 3.539 Euro deckt Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 42a). In Wohngemeinschaften kommt der Wohngruppenzuschlag von 224 Euro hinzu (§ 45f, → Kapitel 12). Um diese Budgets direkt mit den Kassen abrechnen zu können, müssen Sie sie sich abtreten lassen.

MERKSATZ

Jedes Budget folgt eigenen Regeln und Voraussetzungen.

NORMEN

§ 36 SGB XI –
Pflegesachleistung

§ 37 SGB XI – Pflegegeld, Beratungsbesuch (Abs. 3)

§ 38 SGB XI –
Kombinationsleistung

§ 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag

§ 45a Abs. 4, § 45b SGB XI –
Umwandlungsanspruch,
Entlastungsbetrag

§ 45f SGB XI –
Wohngruppenzuschlag

§ 82 Abs. 4 SGB XI – Investitionskosten ambulant

§ 82a Abs. 3 SGB XI – Ausbildungskosten in der Vergütung

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Was gilt für Wegepauschalen, Investitionskosten und Ausbildungskosten?

Alle drei stehen neben der Vergütung für die Pflege. Wegepauschalen sind Teil der Vergütungsvereinbarung: Fahrkosten können dort pauschal vergütet werden (§ 89 Abs. 3 SGB XI). Höhe und Zuschnitt unterscheiden sich je Land; bei Betreutem Wohnen sind sie oft reduziert. Betriebsnotwendige Investitionskosten können Sie den Kunden gesondert berechnen, wenn das Landesrecht es vorsieht. In vielen Ländern reicht die Mitteilung an die Landesbehörde (§ 82 Abs. 4). Ausbildungskosten sind in der Vergütung nach § 89 zu berücksichtigen (§ 82a Abs. 3 SGB XI) – meist als Zuschlag je Leistung. Durch jährliche Spitzabrechnungen soll sichergestellt werden, dass die Ausbildungskosten für Sie ein Nullsummenspiel sind. Prüfen Sie, ob Ihre Kalkulation Fahrzeuge, Dienstplanung, Verwaltung und Ausbildung tatsächlich abdeckt.

→ Vergütung und Wegepauschale: Kapitel 5

→ Behandlungspflege: Kapitel 6

→ Wohngemeinschaften: Kapitel 12

B

INFOGRAFIK Die Budgets Ihrer Kunden

SACHLEISTUNG § 36

Dienst rechnet direkt mit der Kasse ab – bis zum Höchstbetrag des Pflegegrads

PFLEGEGELD § 37

An den Kunden – mit Beratungsbesuch (Abs. 3) halbo- oder vierteljährlich

KOMBINATION § 38

60 % Sachleistung 40 % Pflegegeld
Verhältnis bindet 6 Monate

ZUSATZBUDGETS MIT EIGENEN REGELN

131 €

je Monat

Entlastungsbetrag

§ 45b · ansparbar im Jahr

40 %

der Sachleistung

Umwandlung

§ 45a Abs. 4

3.539 €

je Jahr

Gemeinsamer Jahresbetrag

§ 42a · Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

224 €

je Monat

Wohngruppenzuschlag

§ 45f · → Kapitel 12

2× / 4×

im Jahr

Beratungsbesuch

§ 37 Abs. 3 · Vergütung nach § 89

NEBEN DER PFLEGEVERGÜTUNG

Wegepauschale (§ 89 Abs. 3) · Investitionskosten (§ 82 Abs. 4) · Ausbildungszuschlag (§ 82a Abs. 3)

AUSSERHALB DER BUDGETS

Behandlungspflege – Krankenkasse, § 37 SGB V, auf Verordnung (→ Kapitel 6)

TYPISCHE FEHLER

- 1 Leistungspläne ohne Blick auf das Budget – der Eigenanteil überrascht den Kunden, die Rechnung bleibt offen.
- 2 Der Entlastungsbetrag verfällt ungenutzt, weil niemand den Kunden auf den Anspruch hinweist.
- 3 Die Kombinationsquote wird laufend geändert – die Kasse rechnet zurück, der Kunde versteht die Abrechnung nicht.

→ Vergütung und Wegebause: Kapitel 5

→ Behandlungspflege: Kapitel 6

→ Wohngemeinschaften: Kapitel 12

PRAXISTIPP

Erstellen Sie für jeden Kunden eine Budgetkarte: Pflegegrad, Sachleistung, Kombinationsquote, Entlastungsbetrag, Jahresbetrag, Wohngruppenzuschlag. Aktualisieren Sie sie bei jeder Änderung des Pflegegrads. So werden Beratung und Verkauf zur selben Handlung.

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf ersetzt Sachleistung und Pflegegeld durch ein Sachleistungs- und ein Entlastungsbudget mit neuen Beträgen. Der Entlastungsbetrag soll als Sozialraumbudget nur für anerkannte Angebote gelten; die Verhinderungspflege geht in den Budgets auf. Für Pflegegrad 1 entfielen der Entlastungsbetrag. Hier ist unbedingt Handeln notwendig, sofern Sie aktuell viele Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder über das Entlastungsbudget abrechnen.

MERKSATZ

Jedes Budget folgt eigenen Regeln und Voraussetzungen.

Nach diesem Kapitel führen Sie Ihre Verhandlung nach § 89 SGB XI.

IN DREI PUNKTEN

- Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und Unternehmerrisiko abdecken. Nach Kostenträgern darf sie nicht differenzieren.
- Verhandelt wird je Dienst – mit allen Kostenträgern über fünf Prozent Anteil.
- Nach sechs Wochen ohne Einigung ist die Schiedsstelle der normale nächste Schritt.

EINORDNUNG

Die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI ist das ambulante Gegenstück zur Pflegesatzvereinbarung. Sie legt fest, was Sie für jeden Leistungskomplex oder jede Zeiteinheit verlangen dürfen – gegenüber Kasse, Kunde und Sozialamt. Die Grundsätze des Bundessozialgerichts gelten hier genauso: prospektiv, plausibel, verglichen mit anderen nicht unwirtschaftlich, mit Gewinnchance.

PRAXISFRAGEN

Welche Grundprinzipien gelten?

Die Vergütung muss leistungsgerecht sein (§ 89 Abs. 1 SGB XI). Sie muss einem wirtschaftlich geführten Dienst erlauben, seine Aufwendungen zu finanzieren. Dazu gehört eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos. Eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig. Tariflohn gilt als wirtschaftlich und ist zu refinanzieren (§ 82c). Es gilt die zweistufige Prüfung des BSG: Plausibilität Ihrer Kalkulation, dann Vergleich mit Diensten der Region. Vereinbart wird für die Zukunft; Rückwirkung ist ausgeschlossen (§ 89 Abs. 3 mit § 85 Abs. 6).

Leistungskomplexe oder Zeitvergütung – und was noch?

Die Länder arbeiten mit Leistungskomplexen (festes Bündel, fester Preis), mit Zeitvergütung nach Minuten oder mit beidem. Verhandelt werden außerdem Wegepauschalen, Zuschläge für Wochenende und Nacht sowie der Beratungsbesuch. Ihre Kalkulation braucht dafür Zeitwerte je Leistung, Fahrzeiten, Ausfallzeiten und Verwaltung – mit Belegen.

MERKSATZ

Früh auffordern, früh anrufen – der Antrag sichert die Refinanzierung.

NORMEN

§ 89 SGB XI – Grundsätze der Vergütung, Vertragsparteien, Verfahren

§ 85 Abs. 5, 6 SGB XI – Sechswochen-Frist, keine Rückwirkung (über § 89 Abs. 3)

§ 82c SGB XI – Tariflohn ist wirtschaftlich

§ 76 SGB XI – Schiedsstelle

§ 29 Abs. 2 Nr. 1 SGG – Klage zum LSG

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Wie läuft die Verhandlung – und was macht die Schiedsstelle?

Sie fordern, sofern Sie sich nicht dem Verhandlungsergebnis Ihres Verbands anschließen wollen, die Kostenträger mit vollständigen Unterlagen schriftlich zur Verhandlung auf; das startet die Frist von sechs Wochen. Vertragspartner sind die Pflegekassen und der Sozialhilfeträger (§ 89 Abs. 2). Voraussetzung: Auf sie entfallen mehr als fünf Prozent Ihrer Kunden. Ohne Einigung ruft jede Seite die Schiedsstelle an (§ 76). Ihr Spruch ersetzt die Vereinbarung und darf auf den Antragseingang zurückwirken. Gegen den Spruch bleibt die Klage zum Landessozialgericht – ohne aufschiebende Wirkung.

ABLAUF IN FÜNF SCHRITTEN

Schritt 1 – Kalkulation: Personal- und Sachkosten, Tariftreue-Nachweise, Fahr- und andere nicht-abrechenbare Zeiten. Schritt 2 – Aufforderung mit vollständigen Unterlagen und gewünschtem Geltungsbeginn. Schritt 3 – Verhandlung mit Protokoll, Teileinigungen festhalten, Nachforderungen befristen. Schritt 4 – nach Ablauf der sechs Wochen Schiedsantrag stellen; nur so kann die Vereinbarung rechtzeitig in Kraft treten oder eine Kompensation erstritten werden. Schritt 5 – Abschluss oder Schiedsstellenverfahren.

→ Leistungsbudgets: Kapitel 4

→ Behandlungspflege-Vergütung: Kapitel 6

→ Personalkalkulation: Kapitel 7

INFOGRAFIK Von der Aufforderung zum Schiedsspruch

- 1 Aufforderung mit vollständigen Unterlagen**
Fristbeginn – Kalkulation, Nachweise, gewünschter Geltungsbeginn
- 2 Sechs Wochen Verhandlung**
Protokoll, Teileinigungen festhalten, Nachforderungen befristen
- 3 Antrag an die Schiedsstelle § 76**
Sichert den Geltungsbeginn – der Spruch darf auf den Antragseingang zurückwirken
- 4 Mündliche Verhandlung**
Plausibilität der Kalkulation, dann externer Vergleich
- 5 Schiedsspruch**
Verbindlich, ersetzt die Vereinbarung, Rückbezug auf den Antrag
- 6 Ggf. Klage zum Landessozialgericht**
Frist 1 Monat – keine aufschiebende Wirkung

WAS VERHANDELT WIRD

Leistungskomplexe / Zeitvergütung · Wegepauschale · Zuschläge
Wochenende, Nacht · Beratungsbesuch

TYPISCHE FEHLER

- 1 Verhandlungsaufforderung ohne ausreichende Vorbereitung: Zahlen müssen gut aufbereitet sein.
- 2 Keine regelmäßigen Erinnerungen. Der steigende wirtschaftliche Druck zwingt zu unwirtschaftlichen Abschlüssen.
- 3 Der Schiedsantrag wird aus Rücksicht nicht gestellt – dabei ebnet er das Verhandlungsfeld.
- 4 Ausgaben werden nicht mit Blick auf Refinanzierbarkeit getätigt und gebucht.
- 5 Aussagen der Kassen werden nicht hinterfragt.

→ Leistungsbudgets: Kapitel 4

→ Behandlungspflege-Vergütung: Kapitel 6

→ Personalkalkulation: Kapitel 7

PRAXISTIPP

Führen Sie einen Verhandlungskalender mit allen Laufzeiten: Vergütungsvereinbarung SGB XI, Vertrag SGB V, Sozialhilfeträger. Fordern Sie rechtzeitig vor Ablauf auf, setzen Sie Fristen und stellen Sie den Schiedsantrag im Zweifel früher. Verhandeln lässt sich auch danach.

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf will Tariftreue und § 82c befristet aussetzen und Vergütungssteigerungen an die Grundlohnsumme binden. Wer jetzt abschließt, verhandelt noch auf der geltenden Grundlage.

RECHTSPRECHUNG IM ÜBERBLICK

BSG, Urt. v. 29.01.2009 – B 3 P 7/08 R (zweistufige Prüfung; gilt für § 89 entsprechend)

BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 P 3/08 R (ambulante Vergütung, Hausbesuchspauschalen, Zuständigkeit der Schiedsstelle)

BSG, Urt. v. 14.12.2000 – B 3 P 17/99 R (Geltung ab Antragseingang)

BSG, Urt. v. 25.01.2017 – B 3 P 3/15 R (Mitwirkung, Amtsermittlung)

BSG, Urt. v. 26.09.2019 – B 3 P 1/18 R (Gewinnzuschlag)

BSG, Urt. v. 19.04.2023 – B 3 P 6/22 R und B 3 P 2/22 R (Gewinnchance, Unterlagen)

LSG Nds.-Bremen, Urt. v. 16.08.2018 – L 15 P 9/14 KL (substantiiertes Bestreiten)

MERKSATZ

Früh auffordern, früh anrufen – der Antrag sichert die Refinanzierung.

Nach diesem Kapitel beherrschen Sie den zweiten Erlösstrang – die häusliche Krankenpflege – von der Verordnung bis zur Schiedsperson.

IN DREI PUNKTEN

- Ohne Verordnung und Genehmigung keine Vergütung. Die Fristen sind kurz, die Kürzungen schnell.
- Die Vergütung steht im Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V – verhandelt oder von der Schiedsperson festgelegt.
- Die Krankenkasse prüft jede Rechnung formal. Formfehler kosten die ganze Leistung.

EINORDNUNG

Für viele Dienste ist die Behandlungspflege der größere Erlösstrang – und der fehleranfälliger. Sie folgt dem Krankenversicherungsrecht: ärztliche Verordnung, Genehmigung der Kasse, Vertrag mit den Kassen, Abrechnung nach § 302 SGB V. Jeder Schritt hat eigene Formvorgaben. Wer sie kennt, verliert kein Geld an Formalien.

PRAXISFRAGEN

Wie funktionieren Verordnung und Genehmigung?

Der Arzt verordnet die häusliche Krankenpflege auf dem vorgesehenen Muster; verordnungsfähig ist, was die HKP-Richtlinie des G-BA vorsieht. Die Kasse muss genehmigen. Legen Sie die Verordnung innerhalb von drei Arbeitstagen vor, trägt die Kasse die Kosten bis zur Entscheidung. Das gilt auch bei späterer Ablehnung. Lehnt sie ab, hilft dem Kunden der Widerspruch; Sie unterstützen ihn, klagen können Sie nicht. Folgeverordnungen müssen lückenlos anschließen.

Wie kommt die Vergütung zustande?

Über den Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V. In vielen Ländern treten Sie einem Rahmenvertrag bei; Einzelverhandlungen sind möglich. Die Kassen müssen die tatsächlich gezahlten Tariflöhne berücksichtigen, längere Wegezeiten sind durch Zuschläge zu vergüten. Einigen Sie sich nicht, legt eine Schiedsperson den Vertragsinhalt fest. Auf sie einigen sich die Parteien; sonst bestimmt sie das Bundesamt für Soziale Sicherung. Der Schiedsspruch gilt, bis ein Gericht ihn ersetzt. Die Kosten teilen sich die Parteien.

MERKSATZ

In der Behandlungspflege verliert man Geld an Formalien, nicht an Pflege.

NORMEN

§ 37 SGB V – Häusliche Krankenpflege

§ 37c SGB V – Außerklinische Intensivpflege

§ 132a Abs. 4 SGB V – Verträge, Schiedsperson

§ 132l SGB V – Verträge Intensivpflege

§ 302 SGB V – Abrechnung

HKP-Richtlinie (§ 92 SGB V), AKI-Richtlinie

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Was prüft die Kasse bei der Abrechnung?

Alles Formale: Verordnung, Genehmigung, Leistungsnachweis, Qualifikation der eingesetzten Kraft, Übereinstimmung mit dem Vertrag (§ 302 SGB V). Die Kassen fordern teilweise schon bei kleinen Verstößen alles zurück oder verweigern die Auszahlung. Rechnungskürzungen kommen per Datenträgeraustausch – oft ohne Begründung. Prüfen Sie jede Kürzung und widersprechen Sie fristgerecht; viele halten einer Kontrolle nicht stand. Lassen Sie die Fristen aber verstreichen, verlieren Sie Handlungsspielraum.

KURZ ERKLÄRT: AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

Für Versicherte mit besonders hohem Behandlungsbedarfe gilt seit 2023 ein eigener Anspruch (§ 37c SGB V). Verordnen dürfen nur besonders qualifizierte Ärzte, vorher ist bei Beatmung das Entwöhnungspotenzial zu erheben. Der Medizinische Dienst prüft jährlich am Leistungsort, ob die Versorgung sichergestellt ist – auch in Intensivpflege-Wohngemeinschaften. Dienste brauchen dafür Verträge nach § 132I SGB V. Die Abgrenzung zur Pflegeversicherung ist streitanfällig (→ Kapitel 12).

→ Zulassung SGB V: Kapitel 2

→ Leistungsnachweis:
Kapitel 9

→ Intensivpflege-Wohngemeinschaften: Kapitel 12

B

INFOGRAFIK Von der Verordnung zur Zahlung

- 1 **Ärztliche Verordnung** – Muster, HKP-Richtlinie des G-BA
- 2 **Vorlage bei der Kasse binnen 3 Arbeitstagen** – dann Kostenübernahme bis zur Entscheidung
- 3 **Genehmigung** – bei Ablehnung: Widerspruch des Kunden
- 4 **Leistung und Nachweis** – qualifizierte Kraft, Unterschrift
- 5 **Abrechnung § 302** – Datenträgeraustausch
- 6 **Kürzung?** – oft ohne Begründung, Frist läuft
- 7 **Widerspruch / Klage** – jede Kürzung prüfen, fristgerecht widersprechen

PREISGRUNDLAGE

Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V – Rahmenvertrag oder Einzelvertrag

BEI NICHT-EINIGUNG

Schiedsperson legt den Vertragsinhalt fest – gilt, bis ein Gericht ihn ersetzt

TYPISCHE FEHLER

- 1 Verordnung zu spät vorgelegt – die Kasse zahlt erst ab Genehmigung, die Lücke bleibt bei Ihnen.
- 2 Leistung durch nicht qualifizierte Kraft erbracht – die Kasse verweigert die Vergütung trotz korrekter Pflege.
- 3 Kürzungen werden hingenommen, weil die Prüfung zu aufwendig scheint – über das Jahr summieren sie sich zu Monatsumsätzen.

→ Zulassung SGB V: Kapitel 2

→ Leistungsnachweis:
Kapitel 9→ Intensivpflege-Wohnge-
meinschaften: Kapitel 12

PRAXISTIPP

Bauen Sie einen Verwaltungs-Workflow mit Fristen: Eingang, Vorlage, Genehmigung, Folgeverordnung. Werten Sie Kürzungen monatlich nach Grund und Kasse aus. Die Muster zeigen, wo Ihre Prozesse oder die Kasse falsch liegen.

RECHTSPRECHUNG IM ÜBERBLICK

BSG, Urt. v. 12.03.2026 – B 8 SO 6/25 R (Abgrenzung SGB V/SGB XI in Intensivpflege-Wohngemeinschaften; § 89-Vergütung bindet auch den Sozialhilfeträger)

MERKSATZ

**In der Behandlungspflege verliert man
Geld an Formalien, nicht an Pflege.**



TEIL C

Betreiben

Der laufende Betrieb: Personal und Touren, Prüfungen, Leistungsnachweise und Abrechnung, Haftung im Hausbesuch, Digitalisierung und Compliance.

Kapitel 7 bis 11

Nach diesem Kapitel kennen Sie die Personalvorgaben des Rahmenvertrags – und die drei Stellen, an denen ambulante Dienste Geld verlieren.

IN DREI PUNKTEN

- Ambulant gibt es keine Personalbemessung nach § 113c. Es gelten Rahmenvertrag und Vergütungsvereinbarung.
- Fahrzeit ist Arbeitszeit. Touren, Pausen und Bereitschaft sind die häufigsten Fehlerquellen.
- Honorarkräfte und Zeitarbeit sind teuer – rechtlich und wirtschaftlich.

EINORDNUNG

Personal ist der größte Kostenblock und der größte Engpass. Ambulant gilt das noch mehr als stationär, weil jede Stunde auf der Straße nichts einbringt. Rechtlich treffen vier Welten aufeinander: die Vorgaben des Rahmenvertrags, das Arbeitszeitrecht, das Anerkennungs- und Aufenthaltsrecht und die Sozialversicherung. Sie müssen mit der Vergütungskalkulation eng synchronisiert werden.

PRAXISFRAGEN

Welche Personalvorgaben gelten?

Der Rahmenvertrag Ihres Landes legt fest, welche Leistungen Fachkräfte erbringen müssen und welche Qualifikation Hilfskräfte brauchen. Behandlungspflege verlangt je nach Leistung Pflegefachpersonen oder besonders geschulte Hilfskräfte – die Verträge nach § 132a SGB V ordnen jede Leistung einer Qualifikationsgruppe zu. Die Pflegedienstleitung und ihre Stellvertretung sind Zulassungsvoraussetzung (→ Kapitel 2). Tariftreue gilt auch ambulant (§ 72 Abs. 3a SGB XI) – und wird refinanziert. Das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEG) ist seit Dezember 2025 in Kraft. Es erweitert die Befugnisse von Pflegefachpersonen; passen Sie Delegation und Dokumentation an.

Was ist arbeitsrechtlich besonders heikel?

Die Tour: Fahrzeiten zwischen Einsätzen sind Arbeitszeit, Pausen müssen echte Pausen sein, Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst unterscheiden sich in Vergütung und Arbeitszeit. Geteilte Dienste sind zulässig, aber begrenzt. Der Zoll prüft Mindestlohn und Arbeitszeitznachweise – unangekündigt. Dazu Dienstwagen und Privatfahrzeuge: Kilometerpauschale, Versicherung, Unfall auf der Tour. Bei Kündigungen scheitert es selten am Vorwurf, oft an der Beweislage.

Honorarkräfte, Zeitarbeit, Auslandsrekrutierung – was gilt?

Honorarkräfte in der Pflege gelten nach der Rechtsprechung regelmäßig als abhängig beschäftigt; die Rentenversicherung fordert Beiträge nach. Zeitarbeit ist erlaubt, aber teuer und von Kostenträgern nur begrenzt refinanziert. Für ausländische Fachkräfte zählen Anerkennung und Aufenthaltstitel; das beschleunigte Fachkräfteverfahren hilft (§ 81a AufenthG).

MERKSATZ

Jede Stunde auf der Straße muss in der Vergütung stecken.

NORMEN

§ 71 Abs. 3 SGB XI –
Pflegedienstleitung

§ 72 Abs. 3a, § 82c SGB XI –
Tariftreue, Refinanzierung

Rahmenvertrag § 75 SGB XI –
Personalanforderungen

ArbZG, MiLoG, AÜG, Pflegemindestlohn-Verordnungen

§ 7 SGB IV – Statusfeststellung

§ 81a AufenthG – Beschleunigtes Fachkräfteverfahren

BSG, Urt. v. 07.06.2019 – B 12 R 6/18 R (Honorarpflegekräfte abhängig beschäftigt)

QUERVERWEISE

→ Zulassung und PDL:
Kapitel 2

→ Kalkulation: Kapitel 5

→ Zollprüfung: Anhang C

INFOGRAFIK Eine Schicht auf der Tour

06:00 08:00 10:00 12:00 14:00



Fahrzeit = Arbeitszeit – vergütet und erfasst ☐ Pause = echte Pause, nicht im Auto

Dokumentation ist Arbeitszeit

Höchstarbeitszeit

8 h, bis 10 h mit Ausgleich (ArbZG)

Ruhezeit

11 Stunden zwischen zwei Schichten

Geteilter Dienst

zulässig, aber begrenzt

Rufbereitschaft ≠ Bereitschaftsdienst

andere Vergütung, andere Arbeitszeit

Honorarkräfte

regelmäßig abhängig beschäftigt –
Beitragsnachforderung

Zeitarbeit

erlaubt, teuer, begrenzt
refinanziert

Zollprüfung

Mindestlohn, Arbeitszeit-
nachweise –
unangekündigt

TYPISCHE FEHLER

- 1** Fahrzeiten werden nicht als Arbeitszeit erfasst – Nachzahlung, Bußgeld, Zollverfahren.
- 2** Die Zahlung des regional üblichen Entgeltlevels wird nicht regelmäßig überwacht.
- 3** Honorarkräfte über Jahre – die Betriebsprüfung fordert Beiträge nach, plus Säumniszuschläge.

PRAXISTIPP

Kalkulieren Sie Touren rückwärts von der Vergütung: Welche Fahrzeit trägt ein Leistungskomplex? Erfassen Sie Arbeitszeit digital und lückenlos. Prüfen Sie den Status jeder Honorarkraft, bevor die Rentenversicherung es tut.

PNOG-HINWEIS

Die geplante Aussetzung der Tariftreue würde auch Ihre Nachweispflichten gegenüber den Kostenträgern verändern.

Nach diesem Kapitel gehen Sie vorbereitet in die ambulante Qualitätsprüfung – und wissen, wann die Heimaufsicht doch zuständig ist.

IN DREI PUNKTEN

- Der Medizinische Dienst prüft in der Wohnung des Kunden – mit dessen Einwilligung.
- Ambulante Dienste unterliegen keiner Heimaufsicht. Anbieterverantwortete Wohngemeinschaften meist schon.
- Prüfberichte und Maßnahmenbescheide sind angreifbar. Die Fristen sind kurz.

EINORDNUNG

Der Medizinische Dienst sieht Dokumentation, Pflegezustand und Ihre Organisation – und veröffentlicht das Ergebnis. Die Heimaufsicht bleibt außen vor, solange Sie ambulant bleiben. In Wohngemeinschaften kann sich das schnell ändern.

PRAXISFRAGEN

Wie läuft die Qualitätsprüfung des MD?

Grundlage sind die Regelprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die gerade neu aufgesetzten Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege. Der MD kündigt die Regelprüfung am Vortag an und wählt Kunden per Stichprobe aus. Er besucht sie zu Hause – nur mit deren Einwilligung. Geprüft werden Dokumentation, Leistungsnachweise, Pflegezustand, Vertragsunterlagen und Ihre Organisation. Das Ergebnis wird veröffentlicht. Bereiten Sie Team und Kunden vor: Wer begleitet den Prüfer, wer erklärt was?

Muss ich einen kritischen Bericht hinnehmen? Was können die Folgen sein?

Nein. Sie können Stellung nehmen; Fehler des Prüfteams rügen Sie präzise und fristgerecht. Ein kritischer Bericht kann eskalieren: Maßnahmenbescheid, Vergütungskürzung (§ 115 Abs. 3 SGB XI), Abmahnung, Kündigung des Versorgungsvertrags. Gegen Bescheide stehen Widerspruch und Klage offen. Zeichnet sich die Eskalation ab, halten Sie früh gegen.

Wann wird die Heimaufsicht zuständig?

Sobald Sie nicht mehr nur Dienstleister sind, sondern Wohnen und Versorgung verantworten. Die Landesheimgesetze unterscheiden meist selbstverantwortete und anbieterverantwortete Wohngemeinschaften; letztere sind anzuzeigen und unterliegen Anforderungen und Aufsicht (→ Kapitel 12). Das Gesundheitsamt überwacht daneben Hygiene und Infektionsschutz – auch bei ambulanten Diensten. Anordnungen dieser Behörden sind Verwaltungsakte mit Rechtsschutzmöglichkeiten.

MERKSATZ

Die Rechtsmittelfrist ist die wichtigste Frist des Jahres.

NORMEN

§§ 114 ff. SGB XI – Qualitätsprüfungen

§ 115 Abs. 3 SGB XI – Vergütungskürzung

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulant

Landesheimrecht – Wohngemeinschaften, Anzeige, Aufsicht

§§ 36, 43 IfSG – Hygiene

§ 86b SGG, § 80 VwGO – Eilrechtsschutz

→ Wohngemeinschaften: Kapitel 12

→ Dokumentation: Kapitel 10

→ Kündigung des Versorgungsvertrags: Kapitel 14

INFOGRAFIK Vom Prüfbesuch zum Bescheid

SCHRITT 1 Ankündigung am Vortag Regelprüfung §§ 114 ff.	SCHRITT 2 Stichprobe und Einwilligung Kunden wählen, Einwilligung einholen
SCHRITT 3 Hausbesuche und Organisationsprüfung Dokumentation, Nachweise, Pflegezustand	SCHRITT 4 Bericht und Anhörung Ergebnis wird veröffentlicht
SCHRITT 5 Stellungnahme – Frist! Fehler des Prüfteams präzise rügen	SCHRITT 6 Ggf. Maßnahmenbescheid, Vergütungskürzung § 115 Abs. 3 SGB XI
SCHRITT 7 Widerspruch, Klage, Eilverfahren § 86b SGG	DANE BEN Heimaufsicht bei anbieterverantworteten Wohngemeinschaften Gesundheitsamt bei Hygiene

TYPISCHE FEHLER

- 1 Die Prüfung ist nicht vorbereitet und die Formalia stimmen nicht – trotz guter Pflege.
- 2 Die Wohngemeinschaft wird als selbstverantwortet deklariert, aber vom Dienst gesteuert – die Aufsicht stuft sie als anbieterverantwortet ein.
- 3 Schulungen des Personals werden nicht dokumentiert – die Prüfung stellt einen Qualifikationsmangel fest und es folgen Rückforderungsverlangen aller Kassen.

PRAXISTIPP

Halten Sie einen Prüfungsordner bereit: Verträge, Leistungsnachweise, Qualifikationen, Hygieneplan, Tourenpläne, Stellungnahmemuster. Bereiten Sie jede Prüfung nach – und prüfen Sie jährlich, ob Ihre Wohngemeinschaften ordnungsrechtlich noch ambulant sind.

Nach diesem Kapitel wissen Sie, warum der Leistungsnachweis das wichtigste Dokument Ihres Dienstes ist – und wie Sie ihn absichern.

IN DREI PUNKTEN

- Kein Nachweis, keine Vergütung. Der Nachweis muss plausibel, vollständig und unterschrieben sein.
- Rückforderungen aus Hochrechnungen sind prüfbar – akzeptieren Sie sie nie ungeprüft.
- Für den Betrugsvorwurf reicht ein Muster: fehlende Unterschriften, unmögliche Zeiten, falsche Qualifikation.

EINORDNUNG

Ambulante Abrechnung ist Massengeschäft mit Einzelbelegen: jeder Einsatz, jede Leistung, jede Unterschrift. Genau dort setzen Kassen, Prüfer und Staatsanwaltschaften an. Die Übergänge sind fließend – was als Rechnungskürzung beginnt, kann mit einer Durchsuchung enden. Der Leistungsnachweis wird elektronisch – Stichtag Dezember 2026, eine Verschiebung auf Oktober 2027 ist im Gespräch (→ Kapitel 11).

PRAXISFRAGEN

Was macht einen Leistungsnachweis belastbar?

Er benennt Kunde, Datum, Uhrzeit, Leistung oder Komplex und die erbringende Person mit Qualifikation. Der Kunde oder sein Vertreter bestätigt die Leistung durch Unterschrift – zeitnah, nicht monatsweise im Stapel. Der Nachweis muss zur Tourenplanung, zur Dokumentation und zur Verordnung passen. Widersprüche zwischen diesen Quellen sind das Hauptargument jeder Rückforderung.

Wann drohen Rückforderungen – und wie wehre ich mich?

Typisch: Leistungen ohne Nachweis, Nachweise ohne Unterschrift, Einsätze durch nicht qualifizierte Kräfte, Abweichungen von Vertrag oder Genehmigung. Kassen prüfen nach § 79 SGB XI und § 302 SGB V und rechnen Stichproben hoch. Solche Hochrechnungen halten rechtlicher Kontrolle oft nicht stand. Prüfen Sie jede Forderung dem Grund und der Höhe nach. Antworten Sie mit rechtlicher Einordnung – nie mit einem pauschalen Anerkenntnis.

Wann wird aus einem Fehler ein Strafverfahren – und wie verhalte ich mich?

Abrechnungsbetrug setzt Vorsatz voraus (§ 263 StGB). Für einen Anfangsverdacht genügt den Behörden ein Muster: Doppelabrechnungen, unmögliche Zeitfolgen, Unterschriften Verstorbener, Einsätze ohne Qualifikation. Bei einer Durchsuchung: Ruhe bewahren, Rechtsberatung anrufen, Beschluss lesen, nichts behindern, keine Spontanaussagen – auch das Team nicht. Kopien der Unterlagen anfordern, damit der Betrieb weiterläuft. Und danach nichts „aufräumen“.

MERKSATZ

Der Leistungsnachweis ist Ihre Rechnung und Ihr Alibi zugleich.

NORMEN

Rahmenvertrag § 75 SGB XI – Leistungsnachweis

§ 79 SGB XI – Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 302 SGB V – Abrechnung und Prüfung

§ 105 Abs. 2 SGB XI – Datenübermittlung

§ 263 StGB – Betrug

§§ 102 ff. StPO – Durchsuchung, Beschlagnahme

→ Pflegevertrag: Kapitel 3

→ Behandlungspflege:
Kapitel 6→ Elektronischer Leistungs-
nachweis: Kapitel 11

INFOGRAFIK Vom Nachweis zum Ermittlungsverfahren

STUFE 1
Rechnungskür-
zung § 302**Ihr Zug:** Nachweise sichern, Kürzung prüfen,
fristgerecht widersprechenSTUFE 2
Rückforderung /
Hochrechnung**Ihr Zug:** prüfen statt anerkennen – Grund und Höhe,
Stichprobe angreifenSTUFE 3
Wirtschaftlichkeits-
prüfung § 79**Ihr Zug:** rechtlich einordnen, koordiniert antworten
– eine KommunikationslinieSTUFE 4
Strafanzeige,
Durchsuchung**Ihr Zug:** schweigen und dokumentieren –
Rechtsberatung anrufen, Beschluss lesen,
Kopien anfordern

FUNDAMENT

Der belastbare Leistungsnachweis: Kunde, Datum, Uhrzeit, Leistung,
Person mit Qualifikation, zeitnahe Unterschrift

TYPISCHE FEHLER

- 1 Prüfanfragen der Kasse werden ohne rechtliche Einordnung beantwortet – das Material für die Rückforderung liefern Sie selbst.
- 2 Nach der Durchsuchung wird die Dokumentation „ergänzt“ – aus Zeugen werden Beschuldigte.

PRAXISTIPP

Setzen Sie interne Handlungsanweisungen auf, die den rechtlichen Anforderungen genügen.

10 Haftung und Dokumentation

Verantwortung im Hausbesuch

TEIL C · BETREIBEN · LESEZEIT 2 MINUTEN

Nach diesem Kapitel wissen Sie, wofür Ihr Dienst im Haushalt des Kunden haftet – und wofür nicht.

IN DREI PUNKTEN

- Die Wohnung des Kunden ist kein beherrschbarer Bereich. Haftung entsteht bei Ihren Handlungen, nicht bei seinem Alltag.
- Delegierte Behandlungspflege braucht Anordnung, Qualifikation und Dokumentation.
- Schlüssel, Medikamente, Geld: die drei Haftungsklassiker ambulant.

EINORDNUNG

Ambulante Pflege findet in fremden Wohnungen statt, zwischen den Einsätzen unbeobachtet. Das begrenzt Ihre Verantwortung – und verlagert sie auf das, was Sie tun und dokumentieren. Haftungsfälle entscheiden sich fast immer an der Akte, nicht am Pflegefehler.

PRAXISFRAGEN

Wofür haftet der Dienst – und wofür nicht?

Sie haften für Fehler bei Ihren Leistungen: Sturz beim Transfer, falsche Medikamentengabe, verschleppte Wundversorgung. Sie haften nicht für Risiken des selbstbestimmten Lebens zwischen den Einsätzen – wenn Sie Risiken erkannt, angesprochen und dokumentiert haben. Der Kunde entscheidet über sein Leben; Sie beraten und belegen die Beratung. Fehlt der Beleg, wird aus Selbstbestimmung schnell ein Beratungsfehler.

Was gilt bei delegierter Behandlungspflege?

Behandlungspflege braucht eine ärztliche Anordnung, geeignetes Personal und lückenlose Dokumentation. Der Arzt trägt die Anordnungsverantwortung, Ihr Dienst die Durchführungsverantwortung. Medikamente stellen, richten und geben Sie nur nach schriftlicher Anordnung; Abweichungen und Auffälligkeiten melden Sie dokumentiert. Mit dem BEEG dürfen Pflegefachpersonen mehr eigenverantwortlich entscheiden – das erhöht die Dokumentationspflicht, nicht die Freiheit.

Schlüssel, Bargeld, Datenschutz – was ist zu beachten?

Schlüssel verwalten Sie mit Ausgabe- und Rückgabeprotokoll; ein verlorener Schlüssel kann den Austausch der Schließanlage kosten. Bargeld des Kunden nehmen Sie nur mit Quittung und Vier-Augen-Prinzip an – besser gar nicht. Gesundheitsdaten sind besonders geschützt: Auskünfte an Angehörige nur mit Einwilligung oder Vollmacht, Tablets und Fahrzeuge gesichert, Dokumente nicht im Auto (→ Kapitel 11).

MERKSATZ

Nicht der Vorfall haftet, sondern die fehlende Beratung in der Akte.

NORMEN

§§ 280, 823 BGB – Haftung

§ 630a ff. BGB – Behandlungsvertrag (analog)

§ 203 StGB – Schweigepflicht

Art. 9 DSGVO – Gesundheitsdaten

§ 116 SGB X – Regress der Kassen

BGH, Urt. v. 28.04.2005 – III ZR 399/04 (voll beherrschbarer Gefahrenbereich; ständige Rechtsprechung)

QUERVERWEISE

→ Betreuer und Vollmachten:
Kapitel 3

→ Datenschutz: Kapitel 11

→ Behandlungspflege:
Kapitel 6

INFOGRAFIK Verantwortung im Haushalt des Kunden

**Schlüssel**

Ausgabe- und Rückgabeprotokoll – Verlust kann die Schließanlage kosten

**Medikamente**

Nur nach schriftlicher Anordnung – Abweichungen dokumentiert melden

**Bargeld**

Quittung und Vier-Augen-Prinzip – oder Verzicht

TYPISCHE FEHLER

- 1** Risiken werden erkannt, aber nicht dokumentiert angesprochen – aus Selbstbestimmung wird ein Beratungsfehler.
- 2** Medikamente werden nach Zuruf gerichtet – ohne schriftliche Anordnung haften Sie allein.
- 3** Nach einem Vorfall wird gegenüber Angehörigen Verantwortung eingeräumt – der Versicherungsschutz wackelt.

PRAXISTIPP

Definieren Sie einen Schadenfall-Prozess: Meldung, Sicherung der Dokumentation, Information von Leitung und Versicherer, Sprachregelung. Und führen Sie ein Beratungsprotokoll für abgelehnte Empfehlungen – es ist Ihr wichtigstes Entlastungsdokument.

Nach diesem Kapitel kennen Sie die Pflichten, die 2026 jeden Dienst treffen – und ihre Fristen.

IN DREI PUNKTEN

- Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist Pflicht. Ohne sie fällt bald die Abrechnung aus.
- Der elektronische Leistungsnachweis wird verbindlich – und verändert Ihre Prozesse im Hausbesuch.
- Ab 50 Beschäftigten brauchen Sie eine interne Meldestelle für Hinweisgeber.

EINORDNUNG

Für ambulante Dienste ist die Digitalisierung kein Zukunftsthema mehr, sondern Abrechnungsvoraussetzung. Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist Pflicht, die Abrechnung wird vollelektronisch, der Leistungsnachweis auch. Dazu kommen Datenschutz im Hausbesuch und das Hinweisgeberschutzgesetz.

PRAXISFRAGEN

Was verlangt die Pflicht zur Telematikinfrastruktur?

Seit Juli 2025 müssen alle Pflegeeinrichtungen an die TI angebunden sein (§§ 341, 360 SGB V). Seit 1. Juli 2026 ist die elektronische Verordnung für häusliche Krankenpflege und Intensivpflege verpflichtend. Die Abrechnung der Pflegesachleistungen wird vollelektronisch, der elektronische Leistungsnachweis verbindlich. Vereinbarter Stichtag ist der 1. Dezember 2026; nach aktuellen Branchenberichten wird er auf den 1. Oktober 2027 verschoben, mit Übergangsfrist für Papierunterlagen. Klären Sie den Stand mit Ihrem Abrechnungsdienstleister – und rechnen Sie nicht mit Aufschub. Sie brauchen Institutionskarte, Heilberufsausweise, Konnektor und Software, die Tourenplanung, Nachweis und Abrechnung verbindet. Die Kosten werden über eine TI-Pauschale refinanziert. Wer nicht angebunden ist, verliert die Pauschale – und bald die Abrechnungsfähigkeit.

Was ändert der elektronische Leistungsnachweis?

Die Unterschrift des Kunden wird digital, die Prüfung automatisch. Zeiten, Leistungen und Qualifikationen werden maschinell mit Vertrag und Genehmigung abgeglichen. Was heute in der Stichprobe auffällt, fällt künftig sofort auf. Das ist Chance und Risiko zugleich: saubere Prozesse werden schneller bezahlt, unsaubere schneller gekürzt. Schulen Sie Ihr Team auf Tablet, Signatur und Ausfallverfahren – auch für Kunden, die nicht unterschreiben können.

Was verlangen Datenschutz und Hinweisgeberschutz?

Gesundheitsdaten sind besonders geschützt (Art. 9 DSGVO). Im Hausbesuch heißt das: verschlüsselte Geräte, keine Akten im Fahrzeug, Auskünfte an Angehörige nur mit Einwilligung oder Vollmacht. Datenpannen melden Sie binnen 72 Stunden. Organisatorisch: Datenschutzbeauftragter, Verarbeitungsverzeichnis, Verträge mit Software- und Abrechnungsdienstleistern. Ab 50 Beschäftigten ist eine interne Meldestelle Pflicht (Hinweisgeberschutzgesetz); sie kann extern besetzt werden.

MERKSATZ

Ohne TI-Anbindung bald keine Abrechnung – das ist keine IT-Frage.

NORMEN

§§ 341 Abs. 8, 360 Abs. 8 SGB V – Anbindungspflicht TI

§ 106b SGB XI – Finanzierung der TI-Kosten

§ 105 Abs. 2 SGB XI, § 302 SGB V – Elektronische Abrechnung

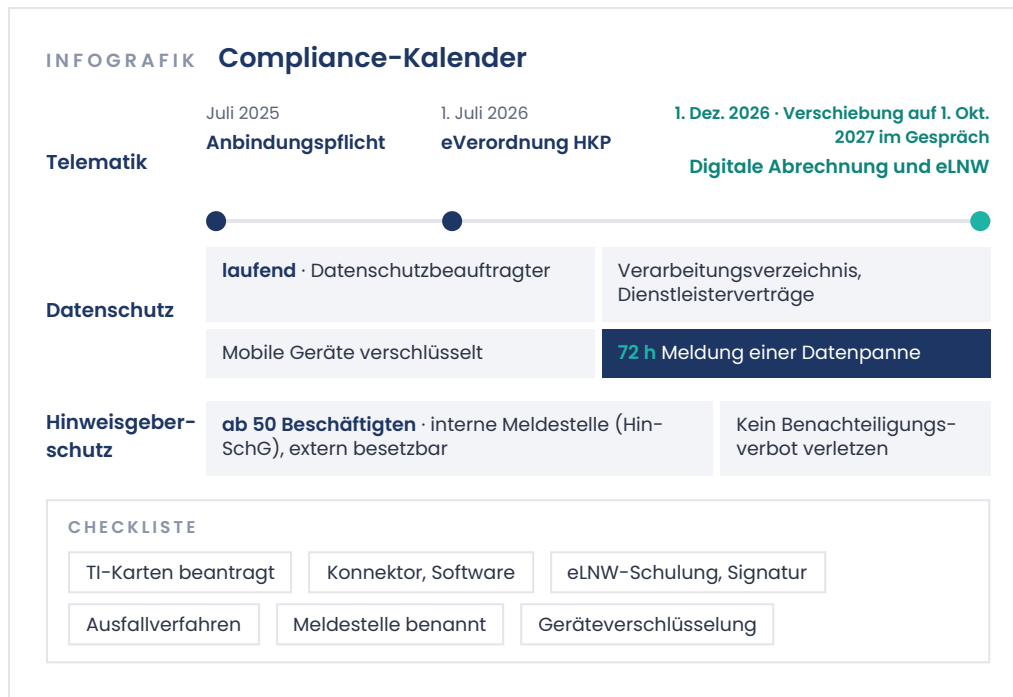
Art. 9, 33, 37 DSGVO – Gesundheitsdaten, Datenpanne, DSB

§§ 12 ff. HinSchG – Interne Meldestelle

→ Leistungsnachweis:
Kapitel 9

→ Haftung im Hausbesuch:
Kapitel 10

→ Auskünfte an Betreuer: Ka-
pitel 3



TYPISCHE FEHLER

- 1 TI-Karten zu spät beantragt – die Anbindung dauert Monate, die Abrechnungsfrist wartet nicht.
- 2 Der elektronische Nachweis wird eingeführt, aber kein Ausfallverfahren geplant – am ersten Tag ohne Netz steht die Abrechnung.
- 3 Tablets ohne Verschlüsselung im Dienstwagen – ein Diebstahl wird zur meldepflichtigen Datenpanne.

PRAXISTIPP

Führen Sie einen Compliance-Kalender mit den drei Spuren Telematik, Datenschutz, Hinweisgeberschutz. Benennen Sie je eine verantwortliche Person und prüfen Sie quartalsweise. Nutzen Sie die Umstellung auf den elektronischen Nachweis, um Ihre Prozesse zu bereinigen. Die Kasse tut es sonst für Sie.



TEIL D

Wohnformen

Wohngemeinschaften und Betreutes Wohnen: Wo ambulant endet, wo das Heimrecht beginnt – und welcher Vertrag welche Folgen hat.

Kapitel 12 und 13

Nach diesem Kapitel wissen Sie, was eine Wohngemeinschaft ambulant hält – leistungsrechtlich und ordnungsrechtlich.

IN DREI PUNKTEN

- Der Wohngruppenzuschlag (§ 45f SGB XI) verlangt gemeinschaftliche Beauftragung, freie Wahl und keine Vollversorgung.
- Das Landesheimrecht unterscheidet meist selbstverantwortete und anbieterverantwortete Wohngemeinschaften – mit sehr unterschiedlichen Folgen.
- Intensivpflege-Wohngemeinschaften stehen unter besonderer Beobachtung von Kassen und Medizinischem Dienst.

EINORDNUNG

Wohngemeinschaften sind die Wachstumsform der ambulanten Pflege – und ihre rechtlich anspruchsvollste. Ihre Annahmen tragen nur selten im echten Leben: Die Bewohner sind Mieter, organisieren sich selbst und beauftragen frei einen Pflegedienst. Wo diese Voraussetzungen erfüllt sind, gibt es Zuschläge und keine Heimaufsicht. Wo sie bricht, wird aus der Wohngemeinschaft ein Heim ohne Zulassung.

PRAXISFRAGEN

Was setzt der Wohngruppenzuschlag voraus?

Drei bis zwölf Personen leben in einer gemeinsamen Wohnung und werden ambulant versorgt (§ 45f SGB XI, bis 2025 § 38a). Mindestens drei von ihnen sind pflegebedürftig. Die Bewohner beauftragen gemeinschaftlich eine Präsenzkraft für Organisation, Haushalt und Alltag. Nach dem BSG genügt die Beteiligung von mindestens drei Bewohnern. Es darf keine Versorgung vorliegen, die einer vollstationären entspricht. Dann zahlt die Kasse jedem Anspruchsberechtigten 224 Euro monatlich. Für Neugründungen gibt es bis zu 2.500 Euro je Person als Anschubfinanzierung (§ 45g).

Wann wird die Wohngemeinschaft zum Fall für die Heimaufsicht?

Wenn der Anbieter Wohnen und Versorgung faktisch steuert. Die Landesgesetze knüpfen an Wahlfreiheit, Selbstbestimmung des Gremiums und Trennung von Vermieter und Pflegedienst an. Sind Vermieter und Dienst verflochten oder ist der „Hausdienst“ Bedingung, wird die Wohngemeinschaft anbieterverantwortet. Dasselbe gilt, wenn es keine echte Bewohnerentscheidung gibt. Die Folge meist: Anzeigepflicht, Anforderungen und Aufsicht. Verträge und Praxis müssen die Trennung tragen (→ Kapitel 13).

MERKSATZ

Die Wohngemeinschaft ist so ambulant, wie ihre Praxis es beweist.

NORMEN

§ 45f SGB XI – Wohngruppenzuschlag (bis 2025: § 38a)

§ 45g SGB XI – Anschubfinanzierung (bis 2025: § 45e)

§ 37c SGB V – Außerklinische Intensivpflege

§ 132l SGB V – Verträge Intensivpflege

Landesheimrecht – selbst-/anbieterverantwortete Wohngemeinschaften

§ 1831 Abs. 4 BGB – Freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Was ist bei Intensivpflege-Wohngemeinschaften besonders?

Hier zahlt die Krankenkasse den größten Teil: außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V. Verordnen dürfen nur besonders qualifizierte Ärzte. Der Medizinische Dienst prüft jährlich am Leistungsort. Dienste brauchen Verträge nach § 132l SGB V. Streitfällig ist die Abgrenzung zur Pflegeversicherung: Welche Leistung zahlt die Kranken-, welche die Pflegekasse, welche der Sozialhilfeträger? Das BSG hat 2026 klargestellt: Für die SGB-XI-Leistungen ist Ihre Vergütungsvereinbarung nach § 89 maßgeblich – auch gegenüber dem Sozialhilfeträger.

→ Vertragsarchitektur:
Kapitel 13

→ Heimaufsicht: Kapitel 8

→ Behandlungspflege:
Kapitel 6

INFOGRAFIK Ist die Wohngemeinschaft ambulant?

PRÜFPUNKT	ERFÜLLT	NICHT ERFÜLLT
3 bis 12 Bewohner, mindestens 3 pflegebedürftig		
Gemeinsame Wohnung mit Mietverträgen		
Gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft		
Freie Wahl und Wechsel des Pflegedienstes		
Vermieter und Dienst unabhängig		
Bewohnergremium entscheidet		
Keine Vollversorgung wie im Heim		

ALLES GRÜN

Ambulant: Wohngruppenschlag 224 €
und keine Heimaufsicht

EIN PUNKT ROT

Anbietersverantwortet oder Heim: Anzeige, Aufsicht, Zuschlag gefährdet

TYPISCHE FEHLER

- 1 Vermieter und Pflegedienst sind dieselbe Gruppe, ohne dass Verträge und Praxis die Unabhängigkeit sichern. Die Aufsicht stuft die Wohngemeinschaft als anbieterverantwortet ein, der Zuschlag fällt.
- 2 Die Präsenzkraft wird vom Dienst gestellt und bezahlt, nicht von den Bewohnern beauftragt – der Wohngruppenzuschlag steht auf der Kippe.

→ Vertragsarchitektur:
Kapitel 13

→ Heimaufsicht: Kapitel 8

→ Behandlungspflege:
Kapitel 6

PRAXISTIPP

Prüfen Sie jede Wohngemeinschaft jährlich mit der Ampel-Checkliste – anhand der gelebten Praxis, nicht der Verträge. Dokumentieren Sie Gremiumssitzungen, Wechselmöglichkeiten und die Beauftragung der Präsenzkraft. Diese Akte ist Ihr Beleg gegenüber Kasse und Aufsicht.

ACHTUNG

Die Ampel zeigt den bundesweit gemeinsamen Kern. Die Landesheimgesetze setzen eigene Schwellen – bei Bewohnerzahl, Gremium und Trennung von Vermieter und Dienst. Aufsichtsrecht und Vertragsrecht laufen zudem nicht parallel: Die Einordnung durch die Heimaufsicht und die Frage, ob das WBVG gilt, folgen eigenen Regeln. Gilt das WBVG, unterliegen Entgelterhöhungen § 9 WBVG – ein großer, hoch umstrittener Fehlerbereich (→ Kapitel 13).

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf ordnet die ambulanten Budgets neu. Ob und wie der Wohngruppenzuschlag fortgeführt wird, ist offen – Konzepte sollten nicht allein auf ihm aufbauen.

RECHTSPRECHUNG IM ÜBERBLICK

BSG, Urt. v. 10.09.2020 – B 3 P 2/19 R (keine strengen Anforderungen an die gemeinschaftliche Beauftragung)

BSG, Urt. v. 12.03.2026 – B 8 SO 6/25 R (Abgrenzung SGB V/SGB XI in Intensivpflege-Wohngemeinschaften)

MERKSATZ

**Die Wohngemeinschaft ist so
ambulant, wie ihre Praxis es beweist.**

Nach diesem Kapitel wählen Sie das Vertragsmodell für Wohngemeinschaft und Betreutes Wohnen bewusst – und erkennen den häufigsten Fehler.

IN DREI PUNKTEN

- Ob das WBVG gilt, bestimmen das Gesetz und die tatsächlichen Gegebenheiten, nicht das Deckblatt des Vertrags.
- Getrennte Verträge helfen nur, wenn die Trennung echt ist – rechtlich und gelebt.
- Der häufigste Fehler: einen Mietvertrag zu haben glauben und einen Wohn- und Betreuungsvertrag zu haben.

EINORDNUNG

In Wohngemeinschaften und im Betreuten Wohnen entscheidet die Vertragsarchitektur über fast alles: Schutzvorschriften, Kündigung, Preisanpassung, Aufsicht und die Leistungsansprüche der Bewohner. Zwei Modelle stehen zur Wahl. Beide sind legitim – aber nur eines lässt sich frei wählen.

PRAXISFRAGEN

Woran entscheidet sich, ob das WBVG gilt?

An drei Fragen. Erstens: Schulden Sie neben dem Wohnraum echte Pflege- oder Betreuungsleistungen (§ 1 Abs. 1 WBVG)? Oder nur allgemeine Unterstützung wie Notruf, Hauswirtschaft und Vermittlung (§ 1 Abs. 3)? Auf dieser Ausnahme beruht das klassische Betreute Wohnen. Zweitens: Stehen und fallen Miet- und Pflegevertrag miteinander – auch bei verschiedenen, aber verbundenen Unternehmern (§ 1 Abs. 2)? Drittens: Kann der Bewohner den Pflegedienst wirklich frei wählen und wechseln? Maßgeblich ist das Gesamtbild, nicht die Überschrift.

Welche Vor- und Nachteile haben die Modelle?

Der einheitliche Wohn- und Betreuungsvertrag hält Wohnen und Versorgung synchron und hat klare Regeln für Entgeltanpassung und Vertragsende. Dafür bringt er Formstrenge, Kündigungsschutz des Bewohners und meist die Einstufung als anbieterverantwortet oder als Heim. Mietvertrag plus Pflegevertrag ist schlanker, ordnungsrechtlich privilegiert und sichert den Wohngruppenzuschlag. Sein Risiko: Der Pflegevertrag ist jederzeit kündbar, der Mietvertrag geschützt – der „Mieter ohne Versorgung“ ist kaum loszuwerden.

MERKSATZ

Die falsche Bezeichnung schadet nicht – sie ändert aber auch nichts.

NORMEN

§ 1 Abs. 1–3 WBVG – Anwendungsbereich, Aufspaltung, Ausnahme

§§ 9, 11, 12 WBVG – Entgelterhöhung, Kündigung

§ 16 WBVG – Abweichungsverbot

§§ 535 ff., 573 ff. BGB – Wohnraummiete, Kündigungsschutz

§ 120 SGB XI – Pflegevertrag

Landesheimrecht – Wohnformen

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Was passiert beim häufigsten Fehler?

Der Anbieter glaubt, Mietverträge zu haben; tatsächlich sind Wohnraum und Betreuung gekoppelt oder der Grundservice ist längst echte Betreuung. Es gilt: Die falsche Bezeichnung schadet nicht, ändert aber nichts – der Vertrag wird nach Inhalt und Praxis eingeordnet. Dann waren Mieterhöhungen unwirksam, weil § 9 WBVG galt. Kündigungen gehen ins Leere, weil § 12 WBVG gilt. Informationspflichten wurden nie erfüllt. Ordnungsrechtlich war die „selbstverantwortete“ Wohngemeinschaft anbieterverantwortet – ohne Anzeige, mit Bußgeldrisiko.

KURZ ERKLÄRT: BETREUTES WOHNEN

Betreutes Wohnen ist kein Rechtsbegriff, sondern ein Marktbegriff. Rechtlich trägt es, wenn der Grundservice bei allgemeinen Unterstützungsleistungen bleibt und Pflege frei von Dritten bezogen wird. Die DIN 77800 beschreibt Qualitätsmerkmale, ersetzt aber keine Vertragsprüfung. Wächst der Grundservice schleichend – Präsenzkraft, Medikamentengabe, Alltagsbegleitung –, wächst das Angebot ins WBVG hinein.

→ Wohngruppenzuschlag:
Kapitel 12

→ Pflegevertrag: Kapitel 3

→ Heimaufsicht: Kapitel 8

INFOGRAFIK Gilt das WBVG? – Zwei Vertragsmodelle**GILT DAS WBVG?**

Wohnraum plus echte Pflege oder Betreuung vom Anbieter? (§ 1 Abs. 1)

Nur allgemeine Unterstützung – Notruf, Hauswirtschaft, Vermittlung? (§ 1 Abs. 3)

Getrennte Verträge, aber Bestandsverknüpfung oder verbundene Unternehmen? (§ 1 Abs. 2)

Freie Wahl des Dienstes gelebt?

Ergebnis: Gesamtbild, nicht Überschrift

	Wohn- und Betreuungsvertrag	Mietvertrag + Pflegevertrag
Recht	WBVG ganz	Mietrecht + § 120 SGB XI
Entgelt	§ 9 WBVG: Form, 4 Wochen, Zustimmung	Miete nach BGB, Pflege nach § 89
Kündigung	§ 12 WBVG – hohe Hürden	Pflege jederzeit, Miete geschützt
Tod	Vertrag endet	Mietvertrag geht auf Erben über
Ordnungsrecht	meist anbieterverantwortet / Heim	privilegiert, wenn echt getrennt
Zuschlag § 45f	regelmäßig nein	ja
Hauptrisiko	Formstrenge, Kündigungsschutz	„Mieter ohne Versorgung“

TYPISCHE FEHLER

- 1 „Mietvertrag“ plus „Betreuungspauschale“ mit Koppelungsklausel – das ist ein Wohn- und Betreuungsvertrag.
- 2 Der Grundservice im Betreuten Wohnen wächst schleichend über § 1 Abs. 3 WBVG hinaus – das WBVG greift unbemerkt.
- 3 Bei der Übernahme eines Objekts werden Altverträge nicht geprüft – ein Bestand unerkannter Wohn- und Betreuungsverträge wird wie Mietrecht verwaltet.

→ Wohngruppenzuschlag:
Kapitel 12

→ Pflegevertrag: Kapitel 3

→ Heimaufsicht: Kapitel 8

PRAXISTIPP

Lassen Sie die Vertragsarchitektur regelmäßig prüfen – anhand der gelebten Praxis: Wer erbringt welche Leistungen? Wie frei ist die Wahl des Dienstes? Sind Miet- und Pflegevertrag auch im Kündigungsfall entkoppelt? Wer das Modell bewusst wählt und konsequent lebt, hat beide Wege offen.

ACHTUNG

Gilt das WBVG, gilt es ganz. Entgelterhöhungen brauchen Schriftform, eine Frist von vier Wochen und eine Begründung mit Gegenüberstellung. Und sie brauchen die Zustimmung des Bewohners (§ 9 WBVG). Formfehler machen die Erhöhung unwirksam. Ausführlich dazu: unser Leitfaden für stationäre Einrichtungen, Kapitel 3.

MERKSATZ

Die falsche Bezeichnung schadet nicht – sie ändert aber auch nichts.

E

TEIL E

Verändern

Wenn sich etwas grundlegend ändert: Konflikt mit Kostenträgern, Liquiditätskrise, Verkauf, Übernahme, Sanierung.

Kapitel 14 und 15

Nach diesem Kapitel erkennen Sie die Krise eines ambulanten Dienstes an drei Zahlen. Und Sie wissen, was in den ersten Tagen zählt.

IN DREI PUNKTEN

- Offene Posten, Kürzungsquote und Auslastung der Touren sind die drei Frühwarnzahlen.
- Versorgungsvertrag und Krankenkassenvertrag können gekündigt werden – mit hohen Hürden, aber sofortiger Wirkung.
- Alle Verfahren gehören in eine Hand: Kassen, Aufsicht und Staatsanwaltschaft arbeiten oft zusammen.

EINORDNUNG

Ambulante Dienste geraten selten über Nacht in die Krise. Sie rutschen hinein: Kürzungen, die niemand prüft, Sozialhilfeanträge, die liegen, Touren, die sich nicht rechnen. Der schwerste Schlag ist die Kündigung des Versorgungsvertrags oder des Vertrags mit den Krankenkassen. Wer die Frühwarnzahlen liest, hat noch alle Optionen.

PRAXISFRAGEN

Woran erkenne ich die Krise früh?

An drei Zahlen und einem Brief. Die offenen Posten: Steigt der Anteil solcher älter als 60 Tage, finanzieren Sie Kassen und Sozialamt vor. Die Kürzungsquote: Werden mehr als wenige Prozent Ihrer Rechnungen gekürzt, liegt ein Prozessfehler vor – bei Ihnen oder der Kasse. Die Tourenauslastung: Sinkt die Leistungszeit je Schicht, trägt die Vergütung die Fahrzeit nicht mehr. Und das Anhörungsschreiben einer Kasse oder Behörde: Es kann der Beginn eines Verfahrens um die Existenz sein.

Wann können Kassen die Verträge kündigen?

Den Versorgungsvertrag ordentlich mit Jahresfrist, fristlos nur bei gröblicher Pflichtverletzung (§ 74 SGB XI) – mildere Mittel müssen ausgeschöpft sein. Der Vertrag nach § 132a SGB V folgt seinen eigenen Kündigungsregeln, meist mit Frist und aus wichtigem Grund. Beide Kündigungen stützen sich in der Praxis auf Prüfberichte und Abrechnungsauffälligkeiten. Deren Angreifbarkeit ist der Schlüssel zur Verteidigung.

Wie wehre ich mich – und wie schnell?

Widerspruch und Klage stehen offen; ob sie den Vollzug aufhalten, ist umstritten. In der Praxis entscheidet der Eilantrag beim Sozialgericht, ob Sie weiter versorgen und abrechnen dürfen. Die ersten Tage nach Zugang zählen – juristisch und in der Kommunikation mit Kunden, Angehörigen und Team. Eine Stimme, eine Botschaft. Und alle Verfahren aus einer Hand: Was Sie der Aufsicht sagen, lesen die Kassen.

MERKSATZ

Das Anhörungsschreiben ist der Startschuss, nicht die Vorwarnung.

NORMEN

§ 74 SGB XI – Kündigung des Versorgungsvertrags

§ 132a Abs. 4 SGB V – Vertrag, Kündigungsregeln

§ 86b SGG – Einstweiliger Rechtsschutz

§ 24 SGB X – Anhörung

→ Abrechnung und Kürzungen: Kapitel 6 und 9

→ Zahlungsrückstände: Kapitel 3

→ Sanierung: Kapitel 15

INFOGRAFIK Frühwarn-Cockpit und die ersten zehn Tage

Offene Posten

Anteil älter als 60 Tage – steigt er, finanzieren Sie vor

Kürzungsquote

Mehr als wenige Prozent = Prozessfehler – bei Ihnen oder der Kasse

Tourenauslastung

Leistungszeit je Schicht – sinkt sie, trägt die Vergütung die Fahrzeit nicht

Anhörung

● Eingang = roter Alarm

Beginn eines Verfahrens um die Existenz

DIE ERSTEN ZEHN TAGE NACH EINER KÜNDIGUNG

TAG 1

Rechtsberatung

TAG 2–3

Sachverhalt sichern

Prüfberichte, Abrechnungen, Schriftverkehr

TAG 4–10

Eilantrag § 86b SGG – weiter versorgen und abrechnen dürfen

Kommunikationslinie – eine Stimme gegenüber Kunden, Angehörigen, Team

Kostenträgersgespräch – alle Verfahren aus einer Hand

TYPISCHE FEHLER

- 1 Auf das Anhörungsschreiben wird knapp oder gar nicht reagiert – die letzte Chance verstreicht.
- 2 Es wird geklagt, aber kein Eilantrag gestellt – bis zur Entscheidung sind Kunden und Personal weg.
- 3 Kürzungen werden als Naturgesetz hingenommen – die Liquiditätslücke wächst monatlich.

PRAXISTIPP

Lesen Sie monatlich Ihre drei Frühwarnzahlen. Behandeln Sie jedes Anhörungsschreiben als Beginn eines Existenzverfahrens. Ab diesem Tag steuern Sie alle Verfahren – sozialrechtlich, ordnungsrechtlich, strafrechtlich – aus einer Hand.

Nach diesem Kapitel wissen Sie, was beim Kauf oder Verkauf eines Dienstes wirklich übergeht. Und Sie kennen die Hebel, die in der Krise wirken.

IN DREI PUNKTEN

- Beim Asset Deal gehen Versorgungsvertrag und Kundenverträge nicht automatisch über.
- Der Wert eines Dienstes liegt in Personal, Verträgen und sauberer Abrechnung – nicht in Fahrzeugen.
- Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung lösen die Antragspflicht aus – persönlich haftend.

EINORDNUNG

Der Markt für ambulante Dienste ist in Bewegung: Nachfolgen, Übernahmen durch Gruppen, Schließungen aus Personalmangel. Transaktionen folgen den allgemeinen Regeln – mit ambulanten Besonderheiten bei Zulassung, Kundenverträgen und Datenschutz. Und die Sanierung beginnt bei denselben Hebeln wie die Krise: Vergütung, Abrechnung, Touren.

PRAXISFRAGEN**Share Deal oder Asset Deal – was geht über?**

Beim Share Deal wechseln die Anteile; Versorgungsvertrag, Krankenkassenvertrag, Vergütungsvereinbarungen und Pflegeverträge bleiben bestehen, Anzeigepflichten sind zu beachten. Beim Asset Deal wechselt der Betrieb. Der Erwerber braucht eigene Zulassungen oder deren Überleitung. Die Arbeitsverhältnisse gehen nach § 613a BGB über. Und jeder Pflegevertrag ist ein persönlicher Vertrag: Der Kunde muss dem Wechsel zustimmen oder neu unterschreiben. Kundendaten dürfen nur mit Rechtsgrundlage übergehen.

Worauf kommt es in der Prüfung an?

Auf sechs Punkte. Die Verträge mit den Kostenträgern und ihre Laufzeiten. Die Kürzungs- und Rückforderungshistorie. Laufende Prüf- oder Ermittlungsverfahren. Die Personalstruktur mit Pflegedienstleitung und Stellvertretung. Die Tourenauslastung. Den Zustand der Leistungsnachweise. Bei Wohngemeinschaften zusätzlich: Vertragsarchitektur und ordnungsrechtliche Einstufung. Eine Vendor Due Diligence deckt Deal-Breaker auf, bevor der Käufer sie findet.

Welche Hebel wirken in der Krise – und was gilt in der Insolvenz?

Zuerst die Erlösseite: Vergütungsverhandlung, Kürzungen prüfen, Forderungsmanagement, Touren verdichten. Dann Vereinbarungen mit Gläubigern und der Restrukturierungsrahmen des StaRUG. Die Geschäftsführung muss die Lage laufend überwachen (§ 1 StaRUG). Bei Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung stellt sie ohne schuldhaftes Zögern Insolvenzantrag (§ 15a InsO). In Eigenverwaltung läuft die Versorgung weiter; der Versorgungsvertrag besteht fort. Häufig endet das Verfahren in einer übertragenden Sanierung – dann gelten die Regeln des Unternehmenskaufs.

MERKSATZ

Kundenverträge sind persönlich – sie wandern nicht mit dem Fuhrpark.

NORMEN

§ 72 SGB XI, § 132a SGB V – Zulassungen beim Betreiberwechsel

§ 613a BGB – Betriebsübergang

§ 120 SGB XI – Pflegevertrag als persönlicher Vertrag

Art. 6 DSGVO – Übergang von Kundendaten

§ 15a InsO, § 1 StaRUG, §§ 270 ff. InsO

→ Zulassung: Kapitel 2

→ Vertragsarchitektur Wohnformen: Kapitel 13

→ Frühwarnzeichen: Kapitel 14

INFOGRAFIK **Share Deal vs. Asset Deal – und die Krisentreppe**

	Share Deal	Asset Deal
Versorgungsvertrag	bleibt bestehen	eigene Zulassung oder Überleitung
Krankenkassenvertrag § 132a	bleibt bestehen	neu schließen oder beitreten
Pflegeverträge	bleiben bestehen	persönlich – Zustimmung jedes Kunden
Arbeitsverhältnisse	unverändert	gehen über (§ 613a BGB)
Kundendaten	bleiben beim Träger	nur mit Rechtsgrundlage, nicht vor Closing
Anzeigepflichten	Anteilswechsel anzeigen	Trägerwechsel anzeigen

KRISENTREPPE – JE FRÜHER, DESTO MEHR HEBEL

Ertragskrise	Vergütungsverhandlung · Kürzungsmanagement · Touren verdichten
Liquiditätskrise	Forderungsmanagement · Vereinbarungen mit Gläubigern · StaRUG (§ 1: laufende Überwachung)
Insolvenzreife	Antrag ohne Zögern (§ 15a InsO) · Eigenverwaltung · Regelinsolvenz

TYPISCHE FEHLER

- 1 Der Betrieb wird übernommen, bevor die Zulassungen gesichert sind – im schlimmsten Fall wird ohne Versorgungsvertrag abgerechnet.
- 2 Kaufgegenstand sind „die Kunden“ – der Vertrag ist nichtig, keine Ansprüche gerichtlich durchsetzbar – unabhängig vom Stand der Transaktion.
- 3 Kundendaten werden vor dem Closing übergeben – Datenschutzverstoß und Kündigungsgrund für Kunden.
- 4 Insolvenzreife wird zu spät geprüft – die Geschäftsführung haftet persönlich für jede Zahlung danach.

PRAXISTIPP

Binden Sie die pflegerechtliche Prüfung von Anfang an in die Transaktion ein. Ob ein Dienst trägt, entscheidet sich an Zulassungen, Vergütung, Personal und Abrechnungsqualität. Und in der Krise: Standortbestimmung parallel – Vergütung, Liquidität, Sanierungsoptionen. Das schafft Handlungsspielraum und schützt Sie persönlich.

16 Wann Sie nicht warten sollten

Neun Situationen – und der nächste Schritt

SCHLUSS · LESEZEIT 2 MINUTEN

Neun Situationen, in denen frühe rechtliche Begleitung den Unterschied zwischen lösbarem Problem und existenziellem Risiko macht.

EINORDNUNG

Vieles in diesem Leitfaden lässt sich mit guter Organisation intern beherrschen. Es gibt aber Situationen, in denen Fristen laufen – teils von wenigen Tagen. Als Faustregel: Je förmlicher das Verfahren und je kürzer die Frist, desto früher sollte Rechtsberatung an Bord sein.

NEUN SITUATIONEN · AMPEL-CHECKLISTE

1 Sie erhalten ein Anhörungsschreiben von Pflegekassen, Krankenkassen, Heimaufsicht oder Staatsanwaltschaft. FRIST LÄUFT	2 Eine Vergütungsverhandlung droht zu scheitern oder Schiedsstelle oder Schiedsperson sollen angerufen werden. JETZT VORBEREITEN	3 Kassen kürzen Rechnungen in größerem Umfang oder fordern Vergütung zurück. FRIST LÄUFT
4 Die Pflegedienstleitung fällt aus und eine Stellvertretung ist nicht gesichert. JETZT VORBEREITEN	5 Ein Kunde ist zu Schaden gekommen und Ansprüche werden geltend gemacht. JETZT VORBEREITEN	6 Eine Durchsuchung, Beschlagnahme oder ein Ermittlungsverfahren steht im Raum. FRIST LÄUFT
7 Sie planen eine Wohngemeinschaft, Betreutes Wohnen oder die Übernahme eines Objekts mit Altverträgen. PLANBAR	8 Ihre Offene-Posten-Liste wächst über das Übliche hinaus oder die Bank stellt kritische Fragen. JETZT VORBEREITEN	9 Der Versorgungsvertrag oder der Vertrag mit den Krankenkassen wird gekündigt oder die Kündigung angedroht. FRIST LÄUFT

■ Frist läuft – sofort handeln ■ Jetzt vorbereiten ■ Planbar – früh einbinden

IHR NÄCHSTER SCHRITT

Eine frühe erste Einschätzung kostet wenig – und verhindert, dass Handlungsoptionen unbemerkt verfallen.

Sprechen Sie uns an – telefonisch, per E-Mail oder per Scan:
Der QR-Code legt unseren Kontakt direkt in Ihrem Adressbuch an.



Dr. iur. Johannes Arndt LL.B.

Rechtsanwalt | Partner

030 88 71 26 0

berlin@medlegal.de

medlegal.de



Kontakt speichern

Glossar

Abtretungserklärung

Erklärung des Kunden, mit der der Pflegedienst Sachleistungen direkt mit der Pflegekasse abrechnen darf. Ohne sie zahlt die Kasse an den Kunden.

Behandlungspflege

Medizinische Leistungen auf ärztliche Verordnung, etwa Medikamentengabe oder Wundversorgung. Leistung der Krankenkasse nach § 37 SGB V.

Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

131 Euro monatlich für anerkannte Unterstützungsangebote, Tagespflege oder Pflegedienstleistungen. Ansparbar innerhalb des Kalenderjahres.

Gemeinsamer Jahresbetrag (§ 42a SGB XI)

3.539 Euro jährlich für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, flexibel einsetzbar. Seit Juli 2025.

Häusliche Krankenpflege (HKP)

Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Leistung der Krankenkasse nach § 37 SGB V – auf Verordnung.

Landesverbände der Pflegekassen

Zusammenschlüsse der Pflegekassen auf Landesebene. Sie schließen den Versorgungsvertrag und verhandeln über Vergütung und Qualität.

Leistungsnachweis

Dokument, das erbrachte Leistungen je Einsatz belegt und vom Kunden unterschrieben wird. Wird verbindlich elektronisch; Stichtag Dezember 2026, Verschiebung auf Oktober 2027 im Gespräch.

Pflegedienstleitung (PDL)

Verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI: Fachkraft mit Berufserfahrung und Weiterbildung. Zulassungsvoraussetzung.

Pflegevertrag (§ 120 SGB XI)

Vertrag zwischen Dienst und Kunde mit Leistungen und Preisen. Für den Kunden jederzeit fristlos kündbar.

Präsenzkraft

Von den Bewohnern einer Wohngemeinschaft gemeinschaftlich beauftragte Person für Organisation, Haushalt und Alltag. Voraussetzung des Wohngruppenzuschlags.

Schiedsstelle (§ 76 SGB XI)

Paritätisch besetztes Gremium mit unparteiischem Vorsitz. Setzt die Vergütung nach § 89 SGB XI fest, wenn keine Einigung gelingt.

Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)

Die Zulassung zur Versorgung Versicherter. Ohne ihn darf nicht zu Lasten der Pflegeversicherung geleistet werden.

Wirtschaftlichkeitsfiktion (§ 82c SGB XI)

Tarifliche oder tarifähnliche Entlohnung gilt als wirtschaftlich und ist zu refinanzieren.

WBGV

Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz. Gilt, wenn Wohnraum und Betreuung gekoppelt werden – auch bei getrennten Verträgen.

Beratungsbesuch (§ 37 Abs. 3 SGB XI)

Pflichtbesuch bei Pflegegeldempfängern, halbjährlich oder vierteljährlich. Wird nach der Vergütungsvereinbarung bezahlt.

Einrichtungsträger

Die juristische oder natürliche Person, die den Dienst betreibt. Sie ist Vertragspartei des Versorgungsvertrags und Arbeitgeber.

Externer Vergleich

Zweite Stufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung: Vergleich der geforderten Vergütung mit Diensten derselben Region.

Hilfe zur Pflege

Sozialhilfeleistung nach dem SGB XII, wenn Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen nicht ausreichen.

Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)

Teilweise Sachleistung, teilweise anteiliges Pflegegeld. Das gewählte Verhältnis bindet sechs Monate.

Leistungskomplex

Bündel von Einzelverrichtungen mit festem Preis, etwa „Große Körperpflege“. Alternative: Zeitvergütung nach Minuten.

Medizinischer Dienst (MD)

Prüf- und Begutachtungsdienst der Kranken- und Pflegekassen. Er prüft die Qualität und stuft Pflegegrade ein.

Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)

Häusliche Pflegehilfe durch einen zugelassenen Dienst. Die Kasse zahlt bis zum Höchstbetrag des Pflegegrads direkt an den Dienst.

Plausibilitätskontrolle

Erste Stufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung: Sind die kalkulierten Kosten nachvollziehbar?

Schiedsperson (§ 132a SGB V)

Einzelperson, die bei gescheiterten Verhandlungen zur häuslichen Krankenpflege den Vertragsinhalt festlegt.

Telematikinfrastruktur (TI)

Das sichere Datennetz des Gesundheitswesens. Pflegeeinrichtungen müssen angebunden sein.

Wegepauschale

Vergütung für die Anfahrt je Einsatz nach der Vergütungsvereinbarung. Bei Betreutem Wohnen oft reduziert.

Wohngruppenzuschlag (§ 45f SGB XI)

224 Euro monatlich für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Bis 2025 in § 38a SGB XI geregelt.

Rechtsquellen im Überblick

Welche Regelwerke den Alltag ambulanter Dienste bestimmen – und wo der Leitfaden sie behandelt. Daneben gelten je nach Frage Steuer-, Gesellschafts-, Arbeits- und Tarifrecht, Miet- und Pachtrecht, Vergabe- und Strafrecht. Niemand muss das allein durchdringen; wichtig ist, die Schnittstellen zu kennen.

RECHTSQUELLE	WORUM ES GEHT	KAPITEL
SGB XI	Pflegeversicherung: Zulassung (§ 72), Vergütung (§ 89), Leistungen (§§ 36 ff.), Pflegevertrag (§ 120), Wohngruppen (§§ 45f, 45g)	1–5, 12
SGB V	Häusliche Krankenpflege (§ 37), Intensivpflege (§ 37c), Verträge (§ 132a), Abrechnung (§ 302), Telematik (§§ 341, 360)	2, 6, 9, 11, 12
SGB XII	Hilfe zur Pflege, Vereinbarungen mit dem Sozialhilfeträger (§§ 75 ff.)	1, 3, 5
Rahmenverträge § 75 SGB XI, Rahmenverträge § 132a Abs. 4 SGB V	Leistungsinhalte, Personal, Leistungsnachweise, Abrechnung	2, 7, 9
HKP-Richtlinie des G-BA, AKI-Richtlinie	Verordnungsfähige Leistungen, Genehmigung, Intensivpflege	6, 12
Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulant, Maßstäbe und Grundsätze (§ 113 SGB XI), Expertenstandards	Prüfmaßstab des MD; Haftungsmaßstab	8, 10
Pflegebuchführungsverordnung	Rechnungswesen als Basis der Vergütungsverhandlung; Erleichterungen für kleine Dienste	5
WBVG, BGB	Wohn- und Betreuungsvertrag, Mietrecht, Haftung, Betreuungsrecht	3, 10, 13
Landesheimrecht (WTG u. a.) mit Verordnungen	Anbieterverantwortete Wohngemeinschaften, Anzeige, Aufsicht	12, 13
Landesrecht zu § 45a SGB XI, Investitionskostenregelungen ambulant	Anerkennung von Unterstützungsangeboten; gesonderte Berechnung	4
Infektionsschutzgesetz, Hygieneverordnungen	Hygieneplan, Meldepflichten	8
DSGVO, HinSchG, StGB (§§ 203, 263)	Datenschutz, Hinweisgeberschutz, Schweigepflicht, Betrug	9, 11
InsO, StaRUG	Antragspflicht, Sanierung	15

Wer prüft was?

Die Stellen, denen Einrichtungen im Alltag begegnen, ihre Zuständigkeit und der typische Anlass.

STELLE	ZUSTÄNDIGKEIT	TYPISCHER ANLASS
Landesverbände der Pflegekassen	Versorgungsvertrag, Vergütung § 89, Qualitätsmaßnahmen	Zulassung, Verhandlung, Maßnahmenbescheid
Krankenkassen	Verträge § 132a SGB V, Genehmigung HKP, Rechnungsprüfung	Genehmigung, Kürzung, Rückforderung
Medizinischer Dienst	Qualitätsprüfung ambulant, Begutachtung, AKI-Prüfung am Leistungsort	Regel- und Anlassprüfung
Sozialhilfeträger	Hilfe zur Pflege, Vereinbarungen §§ 75 ff. SGB XII	Antragsbearbeitung, Vergütungsvereinbarung
Heimaufsicht / WTG-Behörde	Anbieterverantwortete Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen bei Kopplung	Anzeige, Begehung, Anordnung
Gesundheitsamt	Hygiene, Infektionsschutz	Begehung, Meldepflichten
Zoll (Finanzkontrolle Schwarzarbeit)	Mindestlohn, Arbeitszeitchweise, Fahrtzeiten	Unangekündigte Prüfung
Finanzamt, Deutsche Rentenversicherung	Umsatzsteuerbefreiung, Sozialversicherung, Honorarkräfte	Betriebsprüfung, Statusfeststellung
Arbeitsschutzbehörde, BGW	Arbeitszeit, Gefährdungsbeurteilung, Dienstfahrzeuge	Kontrolle, Unfallmeldung
Datenschutzaufsicht	DSGVO	Datenpannen, Beschwerden
Staatsanwaltschaft	Abrechnungsbetrug	Ermittlungsverfahren, Durchsuchung
Betreuungsgericht	Betreuung, Genehmigungen	Vollmacht, Einwilligung

Über medlegal Rechtsanwälte

medlegal Rechtsanwälte ist auf das Medizin- und Gesundheitsrecht spezialisiert. Die Kanzlei hat Standorte in Hamburg, Berlin, München, Kiel, Dortmund und Bad Segeberg. Unsere Praxisgruppe Pflegerecht berät Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen bundesweit. Das reicht von der Zulassung über Vergütungsverhandlungen, Prüfungen und Haftungsfälle bis zu Transaktionen und Sanierung.

IHRE ANSPRECHPARTNER



Dr. iur. Johannes Arndt LL.B.

Rechtsanwalt | Partner

030 88 71 26 0

berlin@medlegal.de

Dr. iur. Johannes Arndt LL.B.

Rechtsanwalt | Partner

Carsten Gundel-Arndt

Rechtsanwalt | Fachanwalt für Medizinrecht

Lea Merz

Rechtsanwältin

Dr. iur. Melanie Arndt

Rechtsanwältin | Partnerin | Fachanwältin für Verwaltungsrecht | Fachanwältin für Medizinrecht

Markus Börsting

Rechtsanwalt | Fachanwalt für Medizinrecht

Nima Fannipour

Rechtsanwalt

KONTAKT

medlegal Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Meinekestraße 13, 10719 Berlin

030 88 71 26 0 | berlin@medlegal.de | medlegal.de



Kontakt speichern

HINWEIS

Dieser Leitfaden gibt den Rechtsstand im September 2026 wieder. Er informiert allgemein und ersetzt keine Rechtsberatung im Einzelfall. Für die Beratung Ihrer Einrichtung sprechen Sie uns gern an.