

LEITFADEN FÜR TRÄGER,
GESCHÄFTSFÜHRUNGEN UND
EINRICHTUNGSLEITUNGEN

Pflegerecht für die Praxis

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

Rechtliche Grundlagen für stationäre
und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

**Wissen, was gilt – von der
Zulassung bis zur Sanierung.**

Das Wichtigste auf einer Seite

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

1 Drei Rechtsverhältnisse, drei Regelwerke.

Bewohner, Kostenträger und Einrichtung stehen in einem Dreieck. Wer ein Problem einer Seite zuordnet, kennt Anspruchsgegner und Rechtsweg.

→ Kapitel 1

2 Die Zulassung ist ein Projekt, kein Antrag.

Versorgungsvertrag, Heimrecht, Baurecht, Pacht und Steuern greifen ineinander. Wer sie parallel plant, eröffnet ohne teure Nachbesserung.

→ Kapitel 2

3 Entgelterhöhungen scheitern an der Form.

Schriftform, 4-Wochen-Frist, Begründung und die Zustimmung der Bewohner sind Pflicht. Fehlt eines, ist die Erhöhung unwirksam.

→ Kapitel 3

4 Es gibt nicht das eine Heimentgelt.

Pflegesatz, Unterkunft, Investitionskosten, Ausbildungsumlage und Zuschläge folgen eigenen Regeln. Nur der pflegebedingte Anteil wird bezuschusst.

→ Kapitel 4

5 Die Pflegesatzverhandlung hat Spielregeln.

Prospektive Kalkulation, zweistufige Prüfung, Gewinnchance. Die Schiedsstelle ist ein normales Instrument – und sichert den Geltungsbeginn.

→ Kapitel 5

6 Betriebsnotwendige Investitionskosten müssen voll refinanziert werden.

Durch steigenden Kostendruck und mehr Hilfe zur Pflege erlauben die Investitionskostenumlagen keine Kompromisse.

→ Kapitel 6

7 Ein Pflegeheim kauft man nicht wie eine Immobilie.

Versorgungsvertrag, Vergütung, Pacht und Ordnungsrecht entscheiden, ob ein Standort trägt. Die Due Diligence muss genau diese Punkte prüfen.

→ Kapitel 13

8 Dokumentation ist Ihr Beweismittel.

Ein Sturz begründet keine Haftung – eine Lücke in der Akte schon.

→ Kapitel 10

9 Digitalisierung ist Pflicht geworden.

Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist vorgeschrieben, die Abrechnung wird vollelektronisch. Wer nicht angebunden ist, verliert Pauschale und Anschluss.

→ Kapitel 11

10 In der Krise zählt der Zeitpunkt.

Ein Anhörungsschreiben kann der Beginn eines Verfahrens um die Existenz sein. Frühes Handeln hält alle Optionen offen – bis zur Sanierung in Eigenverwaltung.

→ Kapitel 12

PNOG-HINWEIS

Bei Redaktionsschluss lag der Referentenentwurf eines Pflege neuordnungsgesetzes vor. Vorgesehen ist, die Tariftreue Regelung und die Wirtschaftlichkeitsfiktion des § 82c SGB XI befristet auszusetzen. Lohnsteigerungen sollen nur noch bis zur Entwicklung der Grundlohnsumme refinanziert werden. Die Leistungszuschläge sowie Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sollen sich ändern. Ab 2028 sollen die Leistungsbeträge jährlich steigen. Ob und wie das Gesetz kommt, ist offen. Dieser Leitfaden beschreibt die geltende Rechtslage. An den betroffenen Stellen finden Sie einen kurzen PNOG-Hinweis.

So nutzen Sie diesen Leitfaden

Der Leitfaden folgt dem Lebenszyklus einer Einrichtung. Vier Teile ordnen die Kapitel: Aufbauen, Finanzieren, Betreiben, Verändern. Ein farbiger Randbalken zeigt, in welchem Teil Sie sind.

Jedes Kapitel ist gleich aufgebaut. Der Kapitelauftakt 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.

Wer wenig Zeit hat, liest die Seite „Das Wichtigste auf einer Seite“ und die Kapitelauftake. Wer tiefer einsteigt, findet im Anhang Glossar, Rechtsquellen und eine Übersicht, welche Behörde was prüft. Ein zweiter Band behandelt ambulante Dienste, Wohngemeinschaften und Betreutes Wohnen.

DIE VIER TEILE

- A** Aufbauen
- B** Finanzieren
- C** Betreiben
- D** Verändern

DIE DREI KÄSTEN

Praxistipp

Achtung

PNOG-Hinweis

Vorwort



Pflegeeinrichtungen zu führen heißt, in einem der dichtesten Regelwerke der deutschen Wirtschaft zu arbeiten. Leistungsrecht, Ordnungsrecht, Vertragsrecht und Arbeitsrecht greifen täglich ineinander. Kaum eine Entscheidung bleibt ohne rechtliche Folgen.

Dieser Leitfaden ist für Träger, Geschäftsführungen und Einrichtungsleitungen geschrieben. 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 mit wem? · Das sozialrechtliche Dreieck	5
Teil A	Aufbauen	7
2	Gründung und Zulassung · Der Weg zur zugelassenen Einrichtung	8
3	Der Heimvertrag · Rechte und Pflichten nach dem WBG	10
Teil B	Finanzieren	13
4	Die Entgeltbausteine · Woraus sich das Heimentgelt zusammensetzt	14
5	Die Pflegesatzverhandlung · Grundprinzipien, Ablauf, Schiedsstelle	16
6	Investitionskosten · Bescheid, Vereinbarung, gesonderte Berechnung	19
Teil C	Betreiben	22
7	Personal · Personalbemessung, Fachkräfte, Arbeitsrecht	23
8	Qualität und Aufsicht · MD, Heimaufsicht, Gesundheitsamt	25
9	Abrechnung und Prüfungen · Vom Rechenfehler zum Strafverfahren	27
10	Haftung und Dokumentation · Stürze, Dekubitus, freiheitsentziehende Maßnahmen	29
11	Compliance im Betrieb · Telematik, Datenschutz, Hinweisgeberschutz	31
Teil D	Verändern	33
12	Krise und Konflikt · Frühwarnzeichen, Kündigung des Versorgungsvertrags, Eilrechtsschutz	34
13	Kauf und Verkauf · Transaktionen im Pflegemarkt	36
14	Restrukturierung und Sanierung · Handeln, bevor andere handeln	38
15	Wann Sie nicht warten sollten · Neun Situationen – und der nächste Schritt	40
A	Anhang A – Glossar	42
B	Anhang B – Rechtsquellen im Überblick	43
C	Anhang C – Wer prüft was?	44
	Über medlegal Rechtsanwälte · Ansprechpartner, Kontakt	45

1 Das Spielfeld: Wer mit wem?

Das sozialrechtliche Dreieck

GRUNDLAGE · LESEZEIT 2 MINUTEN

Nach diesem Kapitel ordnen Sie jedes rechtliche Problem der richtigen Seite des Dreiecks zu.

IN DREI PUNKTEN

- Bewohner, Kostenträger und Einrichtung stehen in drei getrennten Rechtsverhältnissen.
- Die Pflegekasse zahlt ihren Anteil direkt an die Einrichtung. Der Rest ist Eigenanteil.
- Die Zuordnung entscheidet über Anspruchsgegner, Rechtsweg und Fristen.

EINORDNUNG

Fast jeder Konflikt im Pflegealltag lässt sich auf eine Frage zurückführen: In welcher Ecke des Dreiecks spielt er? Zwischen Bewohner, Kostenträger und Einrichtung bestehen drei Rechtsverhältnisse. Jedes hat eigene Regeln, eigene Fristen und einen eigenen Rechtsweg. Wer das Dreieck kennt, spart Zeit – und vermeidet, den Falschen zu verklagen.

PRAXISFRAGEN

Was schuldet die Pflegekasse dem Bewohner?

Das ist das Grundverhältnis. Der pflegebedürftige Mensch hat einen Anspruch gegen seine Pflegekasse. Die Höhe hängt vom Pflegegrad ab (§§ 14, 15 SGB XI). Reichen Einkommen und Vermögen nicht, tritt der Sozialhilfeträger ein (Hilfe zur Pflege, SGB XII). Er ist dann zweiter Kostenträger – mit eigenem Verfahren und eigenen Bearbeitungszeiten. Über Pflegegrad und Bewilligung streitet nur der Bewohner – die Einrichtung kann unterstützen, aber nicht selbst klagen. Hinzu kommen der Anspruch auf zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI) und der Leistungszuschlag zum Eigenanteil (§ 43c SGB XI).

Was schuldet der Bewohner der Einrichtung?

Das ist das Erfüllungsverhältnis. Grundlage ist der Heimvertrag nach dem WBVG (→ Kapitel 3). Hier entsteht der Entgeltanspruch der Einrichtung. Er besteht unabhängig davon, was die Kasse zahlt. Wenn nicht rechtzeitig gezahlt wird, ist er der erste Ansprechpartner und muss im Ernstfall ausziehen. Handeln Betreuer, Bevollmächtigte oder Angehörige, bleibt der Bewohner Vertragspartner. Sie vertreten ihn nur, soweit Aufgabenkreis oder Vollmacht reichen (→ Kapitel 3).

Was regeln Einrichtung und Kostenträger untereinander?

Das ist das Leistungsveranschaffungsverhältnis. Der Versorgungsvertrag lässt die Einrichtung zur Versorgung zu (§ 72 SGB XI). Die Vergütungsvereinbarung legt fest, was sie verlangen darf (§§ 84 ff. SGB XI). Die Kasse zahlt ihren Leistungsanteil in der Regel direkt an die Einrichtung (§ 87a Abs. 3 SGB XI). Verhandlungspartner sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger. Für Bewohner mit Hilfe zur Pflege tritt der Sozialhilfeträger hinzu. Er wirkt am Versorgungsvertrag mit, verhandelt die Pflegesätze mit und schließt bei nicht geförderten Einrichtungen die Vereinbarung über die Investitionskosten (→ Kapitel 6).

MERKSATZ

Erst die Seite des Dreiecks bestimmen, dann die Lösung suchen.

NORMEN

§§ 14, 15 SGB XI – Pflegebedürftigkeit, Pflegegrade

§ 72 SGB XI –
Versorgungsvertrag

§§ 84 ff. SGB XI – Vergütung

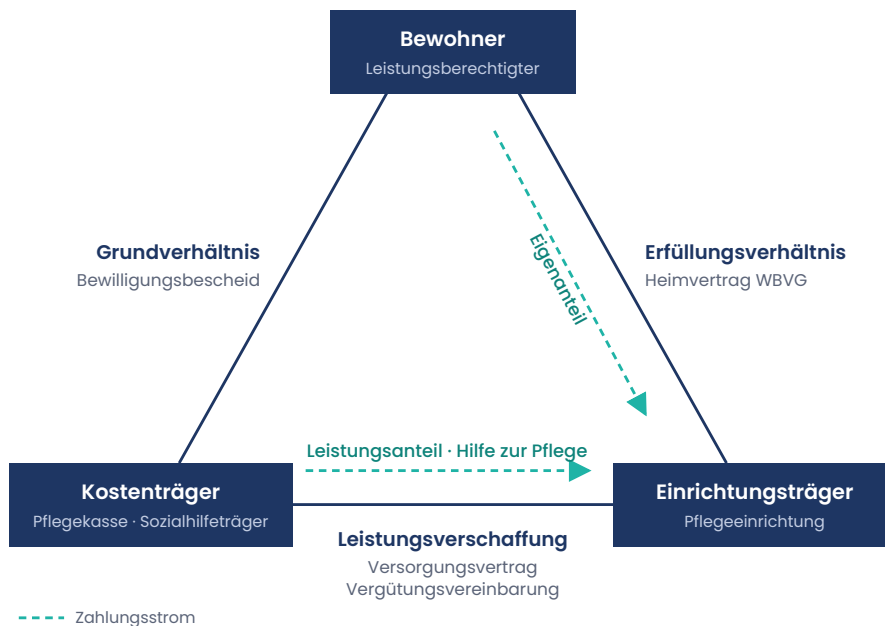
§ 87a Abs. 3 SGB XI – Direktzahlung der Kasse

SGB XII – Hilfe zur Pflege

→ Begriffe: Anhang A

→ Rechtsquellen: Anhang B

→ Wer prüft was: Anhang C

INFOGRAFIK **Das sozialrechtliche Dreieck**

TYPISCHE FEHLER

- 1** Die Einrichtung klagt gegen die Kasse, wo nur der Bewohner klagen kann – Zeit und Verfahren sind verloren.
- 2** Der Bewohner wird als unbeteiligter Dritter betrachtet, wenn Zahlungen anderer Kostenträger ausbleiben. Dabei muss der Bewohner angehalten werden, für Zahlung zu sorgen.

PRAXISTIPP

Sortieren Sie jedes Problem zuerst: Geht es um den Anspruch des Bewohners gegen die Kasse, um den Heimvertrag oder um Ihr Verhältnis zu den Kostenträgern? Diese Frage klärt Anspruchsgegner, Rechtsweg und Fristen. Sie ist die halbe Lösung.

A

TEIL A

Aufbauen

Vom Konzept bis zum Einzug: Zulassung, Verträge mit Behörden und Kostenträgern – und der Vertrag mit jedem einzelnen Bewohner.

Kapitel 2 und 3

2 Gründung und Zulassung

Der Weg zur zugelassenen Einrichtung

TEIL A · AUFBAUEN · LESEZEIT 2 MINUTEN

Nach diesem Kapitel kennen Sie die fünf Rechtsgebiete, die eine Eröffnung entscheiden – und planen sie parallel.

IN DREI PUNKTEN

- Auf den Versorgungsvertrag besteht ein Rechtsanspruch, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind.
- Heimrecht und Baurecht gelten nebeneinander. Das strengere setzt sich durch.
- Zulassung und erste Vergütung gehören ins selbe Paket.

EINORDNUNG

Wer eine Einrichtung eröffnet oder übernimmt, bewegt sich in mehreren Rechtsordnungen zugleich: Leistungsrecht, Landesheimrecht, Baurecht, Gesellschafts- und Steuerrecht, Immobilienvertragsrecht. Sie greifen ineinander und entscheiden gemeinsam, ob der Betrieb wirtschaftlich läuft. Die Zulassung ist deshalb kein Antrag, sondern ein Projekt.

PRAXISFRAGEN

Habe ich einen Anspruch auf den Versorgungsvertrag?

Ja. Erfüllt die Einrichtung die gesetzlichen Voraussetzungen, muss der Vertrag geschlossen werden (§ 72 SGB XI). Dazu gehören Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, eine verantwortliche Pflegefachkraft und eine tarifliche oder tarifähnliche Entlohnung. Eine Bedarfsprüfung gibt es nicht. Verzögern die Landesverbände den Abschluss, ist der Anspruch rechtlich durchsetzbar.

Was verlangen Heimrecht und Baurecht?

Das Landesheimrecht regelt Anzeigepflichten, bauliche und personelle Mindeststandards und die Mitwirkung der Bewohner. Die Details stehen in Gesetzen und Verordnungen, die sich von Land zu Land unterscheiden. Daneben gilt das Baurecht: Pflegeheime sind Sonderbauten. Neubau und Nutzungsänderung brauchen eine Baugenehmigung mit Brandschutzkonzept. Beide Ordnungen gelten nebeneinander – prüfen Sie beide, bevor Sie bauen oder pachten.

Welche Themen werden regelmäßig übersehen?

Die Rechtsform mit ihren Steuerfolgen (Gemeinnützigkeit, Umsatzsteuer). Der Pacht- oder Kaufvertrag, dessen Konditionen zur Refinanzierung passen müssen (→ Kapitel 6). Betriebshaftpflicht- und Sachversicherungen. Der Datenschutz. Und die Anbindung an die Telematikinfrastruktur, ohne die bald keine Abrechnung mehr läuft (→ Kapitel 11).

MERKSATZ

Zulassung ist Projektmanagement über fünf Rechtsgebiete.

NORMEN

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

§ 71 SGB XI – Pflegeeinrichtungen

§ 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag

Landesheimgesetze und Verordnungen

Bauordnungsrecht der Länder, DIN 18040

→ Vergütung: Kapitel 4 und 5

→ Pacht und Investitionskosten: Kapitel 6

→ Telematikinfrastruktur: Kapitel 11

KURZ ERKLÄRT: TEILSTATIONÄR UND KURZZEITPFLEGE

Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege brauchen jeweils einen eigenen Versorgungsvertrag und eigene Vergütungsvereinbarungen. Das gilt regelmäßig auch für Kurzzeitpflegeplätze, die in ein Pflegeheim eingestreut sind. Kalkulieren Sie den hohen Aufnahme- und Entlassaufwand mit ein – sonst subventioniert die Dauerpflege die Kurzzeitpflege.

INFOGRAFIK Von der Idee zur Eröffnung

- 1 **Konzept**
- 2 **Immobilie sichern** · Pacht oder Kauf
- 3 **Baugenehmigung** · Sonderbau, Brandschutz
- 4 **Anzeige bei der Heimaufsicht**
- 5 **Antrag Versorgungsvertrag**
- 6 **Vergütungsverhandlung** · als Paket mit 5
- 7 **Begehung**
- 8 **Betriebsaufnahme**

Schritte 3 bis 6 können parallel laufen – Zulassung und erste Vergütung gehören ins selbe Paket.

TYPISCHE FEHLER

- 1 Der Pachtvertrag wird unterschrieben, bevor Heimrecht und Baurecht geprüft sind – Einzelzimmerquote und Brandschutz werden zum Investitionsstau.
- 2 Der Versorgungsvertrag wird unterschrieben, ohne die Vergütung parallel zu verhandeln – der Start läuft mit Verlust.
- 3 Betriebsaufnahme oder Trägerwechsel werden der Heimaufsicht zu spät angezeigt – es drohen Untersagung und Bußgeld.

PRAXISTIPP

Verhandeln Sie Versorgungsvertrag und erste Vergütungsvereinbarung als Paket. Lassen Sie sich Zusagen der Kostenträger schriftlich geben.

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf sieht vor, die Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung befristet auszusetzen.

Nach diesem Kapitel setzen Sie Entgelterhöhungen wirksam um und wissen, was bei Zahlungsausfall zu tun ist.

IN DREI PUNKTEN

- Eine Entgelterhöhung braucht Grund, Maß, Schriftform, Frist, Begründung – und die Zustimmung der Bewohner.
- Der Vertrag endet mit dem Tod. Die Zahlungspflicht endet taggenau.
- Zahlungsrückstände sind meist ein Sozialhilfe-Problem. Handeln Sie früh, nicht spät.

EINORDNUNG

Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz schützt die Bewohner – und es ist formstrenge. Fehler im Vertrag oder bei Erhöhungen kosten unmittelbar Erlöse. Denn eine unwirksame Erhöhung muss zurückgezahlt werden, und zwar an alle Bewohner. Zugleich wächst ein zweites Problem: Immer mehr Bewohner sind auf Sozialhilfe angewiesen, und die Anträge dauern.

PRAXISFRAGEN

Welche Bedeutung hat der Heimvertrag für die Zahlungen der Kostenträger?

Eine große. Pflegekasse und Sozialhilfeträger zahlen für den Anspruch, den Sie gegen den Bewohner haben – nicht daneben. Fehlt eine wirksame Entgelterhöhung im Heimvertrag, schulden auch die Kostenträger nur das alte Entgelt. Umgekehrt begrenzt die Vergütungsvereinbarung den Heimvertrag: Die Entgelte müssen ihr entsprechen, abweichende Regelungen sind unwirksam (§ 15 WBVG). Juristen nennen diese Abhängigkeit Akzessorietät. Für Sie heißt das: Ohne sauberen Heimvertrag kein sauberer Zahlungsfluss.

MERKSATZ

Unwirksame Erhöhung heißt Rückzahlung – an alle Bewohner.

NORMEN

§ 3 WBVG – Vorvertragliche Information

§ 9 WBVG – Entgelterhöhung

§ 15 WBVG – Entgelte bei Sozialleistungsbezug (Akzessorietät)

§§ 11, 12 WBVG – Kündigung

§ 87a Abs. 1 SGB XI – Zahlungspflicht endet taggenau

§ 18 SGB XII – Einsetzen der Sozialhilfe

§ 1358 BGB – Ehegattenvertretung

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Wie erhöhe ich das Entgelt rechtssicher?

Eine Erhöhung braucht drei Dinge: einen Grund, ein angemessenes Maß und ein korrektes Verfahren (§ 9 WBVG). Sie kündigen die Erhöhung mindestens 4 Wochen vorher an – schriftlich mit Unterschrift einer vertretungsberechtigten Person, jedes einzelne Exemplar. Das Schreiben begründet die Erhöhung und stellt alte und neue Entgelte gegenüber. Hinzu kommt eine Hürde aus der Rechtsprechung: Die Erhöhung wird erst mit Zustimmung des Bewohners wirksam. Bis dahin dürfen Sie die neuen Entgelte nicht abrechnen – auch nicht gegenüber Pflegekasse und Sozialhilfeträger. Auf die Zustimmung haben Sie bei korrektem Verlangen einen einklagbaren Anspruch. Bloßes Weiterzahlen ersetzt die Zustimmung nicht. Relevant wird das Thema, wenn ein Verbraucherverband sich meldet und Rückzahlung an alle Bewohner fordert.

Da die Entgelterhöhung frühestens 4 Wochen nach der Ankündigung wirksam wird, muss sie vier Wochen vor dem beabsichtigten Laufzeitbeginn erfolgen. Das gilt auch, wenn die Verhandlungen sich ziehen und Sie die neuen Entgelte noch gar nicht kennen.

Auch bei einer Veränderung des Pflegegrades müssen Sie das Entgelt anpassen (§ 8 WBVG). Es zahlt zwar jeder Bewohner denselben einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Im Vertrag ist aber die Gesamtvergütung geregelt. Gerichtlich ist entschieden: Zahlt die Pflegekasse bei gestiegenem Pflegegrad einen höheren Betrag an die Einrichtung, ohne dass diese das Entgelt anpasst, sinkt der einklagbare Eigenanteil des Bewohners. In fast allen Fällen genügt hier aber eine einseitige Erklärung durch Sie. Eine Zustimmung des Bewohners ist nicht notwendig.

Wann endet der Vertrag – und was gilt bei Abwesenheit?

Sie können nur aus wichtigem Grund kündigen (§ 12 WBVG), etwa bei erheblichem Zahlungsrückstand. Der Bewohner kann zum Monatsende kündigen (§ 11 WBVG). Er braucht aber in jedem Fall nur für die Tage zu zahlen, in denen er auch versorgt wurde. Daher kündigen einige Bewohner gar nicht mehr, sondern ziehen einfach aus – mit wenig rechtlicher Handhabe durch die Einrichtung. Mit dem Tod endet der Vertrag; die Zahlungspflicht endet auch hier taggenau (§ 87a Abs. 1 SGB XI). Bei Krankenhausaufenthalt oder Urlaub regeln die Rahmenverträge, ab wann der Pflegesatz zu kürzen ist. Eine Reservierungsgebühr vor dem Einzug hat der BGH für unzulässig erklärt und auch die Räumung nach dem Tod erfordert eine sorgfältige vertragliche Regelung.

Was tun, wenn Bewohner oder Sozialamt nicht zahlen?

Zuerst klären, woran es liegt: Meist stockt der Antrag auf Hilfe zur Pflege. Sozialhilfe beginnt mit dem Tag, an dem der Träger vom Bedarf erfährt (§ 18 SGB XII). Melden Sie den Bedarf deshalb selbst an das Sozialamt, sobald ein Bewohner in Verzug gerät. Holen Sie dafür das Einverständnis des Bewohners oder Betreuers ein. Eine Kündigung wegen Zahlungsverzugs ist möglich (§ 12 WBVG). Sie wird aber unwirksam, wenn eine öffentliche Stelle die Zahlung übernimmt. Die Kündigung ist daher Druckmittel, nicht Lösung.

KURZ ERKLÄRT: BETREUER, BEVOLLMÄCHTIGTE, ANGEHÖRIGE

Vertragspartner ist immer der Bewohner. Ein Betreuer darf den Vertrag nur schließen, wenn sein Aufgabenkreis das abdeckt. Bevollmächtigte legen eine wirksame Vorsorgevollmacht vor. Angehörige ohne Vollmacht haben keine Vertretungsmacht – auch Ehegatten nicht (§ 1358 BGB gilt nur für Gesundheitsfragen). Nehmen Sie Betreuerausweis oder Vollmacht zur Akte.

ACHTUNG

Vorsicht bei Mischformen: Kombinieren Sie Wohnraum und Betreuung – etwa Tagespflege mit Wohnangebot –, entscheidet das Gesamtbild, ob das WBVG gilt. Für reine Tagespflege gilt es nicht.

INFOGRAFIK Entgelterhöhung in vier Schritten**TYPISCHE FEHLER**

- 1 Erhöhungsschreiben mit kopierter oder ohne Unterschrift, ohne Gegenüberstellung, ohne Umlagemaßstab oder ohne Zustimmung – unwirksam, hohes Rückforderungsrisiko.
- 2 Altverträge mit Fortzahlungsklauseln nach dem Tod – unwirksam.
- 3 Zahlungsrückstände werden monatelang ausgesessen – die Einrichtung finanziert das Sozialamt vor.

PRAXISTIPP

Behandeln Sie die Entgelterhöhung wie ein förmliches Verfahren: Checkliste, Fristenkontrolle, Musterbegründung, Nachverfolgung der Zustimmungen. Und führen Sie eine Forderungsliste mit Ampel: grün gezahlt, gelb überfällig, rot handeln.

RECHTSPRECHUNG

BGH, Urt. v. 04.10.2018 – III ZR 292/17 (Zahlungspflicht endet taggenau mit dem Auszug; Vorrang des § 87a SGB XI vor dem WBVG)

BGH, Urt. v. 15.07.2021 – III ZR 225/20 (Reservierungsgebühr vor dem Einzug unwirksam)

QUERVERWEISE

→ **Eigenanteil und Zuschläge:** Kapitel 4

→ **Investitionskosten-Erhö-**
hung: Kapitel 6

→ **Datenschutz und Aus-**
künfte: Kapitel 11

B

TEIL B

Finanzieren

Woher das Geld kommt und wie Sie es durchsetzen:
Entgeltbausteine, Pflegesatzverhandlung,
Investitionskosten.

Kapitel 4 bis 6

Nach diesem Kapitel kennen Sie jeden Baustein des Heimentgelts – und wer ihn bezahlt.

IN DREI PUNKTEN

- Das Heimentgelt hat fünf Bausteine. Jeder folgt eigenen Regeln.
- Der Eigenanteil (EEE) betrifft nur die Pflege. Unterkunft und Investitionskosten zahlt der Bewohner voll.
- Der Zuschlag für zusätzliche Betreuung (§ 43b) wird komplett von der Kasse getragen.

EINORDNUNG

Das Heimentgelt ist kein Betrag, sondern ein Bausatz. Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten, Ausbildungsumlage und Zuschläge werden getrennt vereinbart und getrennt bezahlt. Wer die Bausteine sauber trennt, kalkuliert leichter, verhandelt besser und erklärt Angehörigen verständlich, was sie zahlen.

PRAXISFRAGEN

Woraus setzt sich das Heimentgelt zusammen?

Vier Grundbausteine bilden das Heimentgelt. Erstens der Pflegesatz je Pflegegrad (§§ 84, 85 SGB XI). Zweitens das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (§ 87). Drittens die Investitionskosten (§ 82 Abs. 3, 4, → Kapitel 6). Viertens die Ausbildungsumlage (§ 82a). Hinzu kommen der Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung (§ 84 Abs. 8) und mögliche Zusatzleistungen (§ 88). Jeder Baustein hat einen eigenen Verhandlungspartner und einen eigenen Zahler.

Was bedeutet der einrichtungseinheitliche Eigenanteil?

Alle Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 zahlen denselben pflegebedingten Eigenanteil. In den Pflegesatzvereinbarungen werden zwar für jeden Pflegegrad gesonderte Vergütungen vereinbart. Sie sind aber so bemessen, dass nach Abzug des Sachleistungsbudgets nach § 43 SGB XI jeder Bewohner dasselbe zahlt (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil – EEE). Die Pflegekasse bezuschusst diesen EEE nach Verweildauer mit 15, 30, 50 und 75 Prozent (§ 43c SGB XI). Der Zuschlag wirkt nur auf diesen Anteil. Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten trägt der Bewohner daneben in voller Höhe. Die Ausbildungsumlage zählt hingegen zu den pflegebedingten Kosten.

Was leisten Zuschläge und Zusatzleistungen?

Der Zuschlag nach § 43b finanziert zusätzliche Betreuungskräfte – eine Vollzeitkraft je 20 Bewohner. Sie vereinbaren ihn mit den Kostenträgern; die Kasse zahlt ihn vollständig, die Bewohner nichts. Die Mittel sind zweckgebunden und nachzuweisen. Zusatzleistungen nach § 88 sind Komfortangebote. Sie brauchen eine schriftliche Vereinbarung mit dem Bewohner und eine Mitteilung an die Landesverbände der Pflegekassen, teilweise auch eine Zustimmung der zuständigen Heimaufsicht.

MERKSATZ

Nur der Pflege-Block wird bezuschusst. Alles andere zahlt der Bewohner.

NORMEN

§§ 84, 85 SGB XI – Pflegesatz

§ 87 SGB XI – Unterkunft und Verpflegung

§ 82 Abs. 3, 4 SGB XI – Investitionskosten

§ 82a SGB XI – Ausbildungsumlage

§ 43b, §§ 84 Abs. 8, 85 Abs. 8 SGB XI – Zuschlag zusätzliche Betreuung

§ 43c SGB XI – Leistungszuschlag

§ 43 SGB XI – Sachleistungsbudget (Bezugsgröße des EEE)

§ 88 SGB XI – Zusatzleistungen

→ Verhandlung und Schiedsstelle: Kapitel 5

→ Investitionskosten: Kapitel 6

→ Betreuungskräfte im Personalmix: Kapitel 7

B

INFOGRAFIK Woraus setzt sich das Heimentgelt zusammen?

SICHT DER EINRICHTUNG

Pflegesatz
Zuschlag § 43b
Ausbildungsumlage
Unterkunft und Verpflegung
Investitionskosten
ggf. Zusatzleistungen § 88

SICHT DES BEWOHNER

Leistungsanteil der Kasse – nur auf den Pflegesatz
Zuschlag § 43b – voll Kasse
Pflegebedingter Eigenanteil inkl. Ausbildungsumlage – gemindert um 15 / 30 / 50 / 75 %
Unterkunft und Verpflegung – voll
Investitionskosten – voll
Zusatzleistungen – voll

■ zahlt die Pflegekasse ■ zahlt der Bewohner, bezuschusst (§ 43c)

■ zahlt der Bewohner voll

Kasse und Zuschlag wirken nur auf den Pflege-Block.

TYPISCHE FEHLER

- 1 Der EEE wird Angehörigen als „Gesamtpreis“ erklärt – der Ärger kommt mit der ersten Rechnung.
- 2 Der Zuschlag nach § 43b wird nicht oder zu niedrig vereinbart – kassenfinanzierte Betreuung bleibt liegen.
- 3 Ausbildungsumlage und Zusatzleistungen fehlen in der Kalkulation – verschenktes Erlöspotenzial.

PRAXISTIPP

Legen Sie sich eine Bausteinkarte an: Was ist vereinbart, mit wem, bis wann, wer zahlt? Nutzen Sie sie in Verhandlungen und in jedem Angehörigengespräch. Und verhandeln Sie den Zuschlag nach § 43b mit Nachdruck – er kostet die Bewohner nichts.

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf sieht Änderungen bei den Leistungszuschlägen nach § 43c SGB XI vor. Prüfen Sie die Staffel vor jeder Bewohnerinformation.

Nach diesem Kapitel verhandeln Sie auf Augenhöhe – und wissen, wann die Schiedsstelle das richtige Mittel ist.

IN DREI PUNKTEN

- Pflegesatzverhandlungen sind ein Blick in die Zukunft. Verlorene Monate sind verlorenes Geld.
- Das BSG prüft zweistufig: Plausibilität der Kosten, dann externer Vergleich.
- Die Schiedsstelle ist die (teils notwendige) Fortsetzung der Verhandlung – und sichert den Geltungsbeginn.

EINORDNUNG

Kein Verfahren entscheidet so unmittelbar über die wirtschaftliche Lage wie die Pflegesatzverhandlung. Sie ist kein Bittgang. Das Bundessozialgericht hat über Jahre klare Spielregeln entwickelt. Wer sie kennt, verhandelt aus der Position der Stärke.

PRAXISFRAGEN

Welche Grundprinzipien gelten?

Erstens: Pflegesätze werden für die Zukunft vereinbart, rückwirkend geht nichts (§ 85 Abs. 6 SGB XI). Zweitens: Die Prüfung ist zweistufig. Ihre Kalkulation muss plausibel sein; dann werden Ihre Sätze mit Einrichtungen der Region verglichen. Sätze im unteren Drittel gelten als wirtschaftlich, höhere müssen begründet werden. Drittens: Tariflohn ist wirtschaftlich und wird refinanziert (§ 82c). Viertens: Ihnen steht eine angemessene Gewinnchance zu. Fünftens: Sie legen dar, die Kassen müssen substantiiert widersprechen – pauschales Bestreiten und Kürzen genügt nicht.

Wie läuft die Verhandlung ab?

Schritt 1: Kalkulation – Personal nach § 113c und Landesrahmenvertrag, Tariftreue-Nachweise, Sachkosten, (kalkulatorische) Auslastung. Fügen Sie die Stellungnahme der Bewohnervertretung bei. Schritt 2: Schriftliche Aufforderung mit vollständigen Unterlagen. Sie startet die Frist von 6 Wochen (§ 85 Abs. 5). Schritt 3: Verhandeln mit Protokoll, Teileinigungen festhalten, Nachforderungen befristen. Schritt 4: nach Ablauf der 6-Wochen-Frist Schiedsantrag stellen – nur so kann die spätere Vereinbarung rechtzeitig in Kraft treten. Schritt 5: Abschluss – oder Schiedsstellenverfahren.

MERKSATZ

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

NORMEN

§ 84 SGB XI – Bemessungsgrundsätze, Gewinnchance

§ 85 Abs. 3, 5, 6 SGB XI – Unterlagen, 6-Wochen-Frist, keine Rückwirkung

§ 82c SGB XI – Tariflohn ist wirtschaftlich

§ 76 SGB XI – Schiedsstelle

§ 29 Abs. 2 Nr. 1 SGG – Klage zum LSG

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Was passiert in der Schiedsstelle?

Nach 6 Wochen ohne Einigung kann jede Seite sie anrufen (§ 76 SGB XI). Sie ist paritätisch besetzt und hat einen unparteiischen Vorsitz. Sie prüft nach denselben Regeln wie die Vertragsparteien, mit eigenem Einschätzungsspielraum. Fehlen ihr Unterlagen, muss sie konkret sagen, welche. Ihr Spruch ersetzt die Vereinbarung und gilt rückwirkend ab Antragseingang. Viele Verfahren enden mit einem Vergleich. Gegen den Spruch bleibt die Klage zum Landessozialgericht – binnen eines Monats, ohne aufschiebende Wirkung.

→ Entgeltbausteine: Kapitel 4

→ Investitionskosten:
Kapitel 6→ Personalkalkulation:
Kapitel 7

INFOGRAFIK Von der Aufforderung zum Schiedsspruch

- 1 **Aufforderung mit vollständigen Unterlagen**
Kalkulation, Tariftreue-Nachweise, Stellungnahme der Bewohnervertretung. **Fristbeginn**
- 2 **Verhandlung**
Protokoll, Teileinigungen festhalten, Nachforderungen befristen. **6 Wochen (§ 85 Abs. 5)**
- 3 **Antrag bei der Schiedsstelle (§ 76)**
Jede Seite kann anrufen. **Antragseingang sichert den Geltungsbeginn**
- 4 **Schriftwechsel und mündliche Verhandlung**
Paritätische Besetzung, unparteiischer Vorsitz. Fehlende Unterlagen müssen konkret benannt werden. Viele Verfahren enden mit Vergleich.
- 5 **Schiedsspruch**
Ersetzt die Vereinbarung, verbindlich. **Rückbezug auf den Antragseingang**
- 6 **ggf. Klage zum Landessozialgericht**
1 Monat – keine aufschiebende Wirkung.

TYPISCHE FEHLER

- 1 Ausgaben werden nicht mit Blick auf Refinanzierbarkeit getätigt und gebucht.
- 2 Aufforderung spät und unvollständig – die Frist läuft nicht, der Geltungsbeginn rutscht Monat für Monat.
- 3 Die Schiedsstelle wird aus Rücksicht nicht angerufen – dabei sichert erst der Antrag den Geltungsbeginn. Der Antrag kann jederzeit zurückgenommen werden, aber nicht nachträglich rechtzeitig gestellt werden.
- 4 Aussagen der Kassen werden nicht hinterfragt.

→ Entgeltbausteine: Kapitel 4

→ Investitionskosten:
Kapitel 6→ Personalkalkulation:
Kapitel 7

PRAXISTIPP

Führen Sie eine Verhandlungsakte: Kalkulationsstände, Schriftwechsel, Fristen, Zugeständnisse. Halten Sie Ihren Zeitplan penibel ein, inklusive Schiedsstellenantrag. Setzen Sie den Pflegekassen Fristen und erinnern Sie regelmäßig. Legen Sie vor jeder Runde fest, bei welchem Ergebnis Sie abschließen und wann Sie das Schiedsstellenverfahren führen. Stellen Sie den Antrag im Zweifel früher – verhandeln können Sie danach weiter.

PNOG-HINWEIS

Der Reformentwurf will Tariftreue und § 82c befristet aussetzen und Vergütungssteigerungen an die Grundlohnsumme binden. Bis dahin gilt die beschriebene Rechtslage – wer jetzt abschließt, verhandelt auf ihrer Grundlage.

RECHTSPRECHUNG IM ÜBERBLICK

BSG, Urt. v. 29.01.2009 – B 3 P 7/08 R (zweistufige Prüfung)

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, Bewohnervertretung)

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 kennen Sie die zwei Wege zur Refinanzierung – und den Pachtvertrag als größten Hebel.

IN DREI PUNKTEN

- Geförderte Einrichtungen brauchen einen Zustimmungsbescheid der Landesbehörde.
- Nicht geförderte brauchen für Sozialhilfeempfänger eine Vereinbarung mit dem Sozialhilfeträger.
- Jede Erhöhung ist eine Entgelterhöhung nach § 9 WBVG.

EINORDNUNG

Gebäude, Ausstattung, Pacht und Finanzierung werden nicht über den Pflege-satz bezahlt. Entweder fördert das Land, oder die Kosten werden den Bewohnern gesondert berechnet (§ 82 Abs. 3, 4 SGB XI). Dieser zweite Erlösstrang wird am häufigsten vernachlässigt, entscheidet aber maßgeblich über die Profitabilität und gewinnt mit steigender Sozialhilfebedürftigkeit an Bedeutung.

PRAXISFRAGEN

Was darf ich gesondert berechnen?

Nur tatsächliche, betriebsnotwendige Aufwendungen – keine fiktiven oder pauschalen Kosten. Das hat das Bundessozialgericht klargestellt. Refinanzierbar sind Abschreibungen, Zinsen, Pacht oder Miete und Instandhaltung (§ 82 Abs. 2 SGB XI). Das Landesrecht bestimmt Art, Höhe, Laufzeit und Verteilung. Verteilt wird meist auf Platzzahl und einen normierten Auslastungsgrad. Liegt Ihre Belegung darunter, tragen Sie das Risiko. Auf Landesebene bestehende Muster können auch falsch sein und Ihren Anspruch rechtswidrig einschränken.

Weg 1: Wie funktioniert der Zustimmungsbescheid?

Wer Landesförderung erhalten hat, braucht für die Umlage der weiteren Investitionsaufwendungen die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (§ 82 Abs. 3). Sie ergeht als Verwaltungsakt und legt die Höhe verbindlich für alle Bewohner fest. Auf dieser Basis zahlt auch der Sozialhilfeträger für seine Leistungsberechtigten. Wird die Zustimmung teilweise versagt, greifen Sie das binnen eines Monats an. Sonst wird der niedrigere Satz bestandskräftig. Regelmäßig wird schon vor Erlass des förmlichen Zustimmungsbescheids informell über die Kalkulation verhandelt. Wichtig: Eine Einrichtung bleibt auch nach Ablauf der Zweckbindungsfrist des Förderbescheids „gefördert“ im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI. Das hat das Bundessozialgericht bestätigt. Der Weg über die bloße Mitteilung steht ihr also nicht offen.

MERKSATZ

Bescheid oder Vereinbarung – ohne beides bleibt Geld liegen.

NORMEN

§ 82 Abs. 2–4 SGB XI

– Investitionskosten, Zustimmung, Mitteilung

§ 75 Abs. 5 SGB XII – Vereinbarung mit dem Sozialhilfeträger

§ 77 SGB XII – keine nachträglichen Ausgleiche

§ 80 SGB XII – Schiedsstelle

Landesrecht: Investitionskostenverordnungen, APG
DVO NRW

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Weg 2: Was gilt ohne Förderung?

Sie teilen die gesondert berechneten Investitionskosten der Landesbehörde nur mit (§ 82 Abs. 4). Voraussetzung ist eine nachvollziehbare Kalkulation und die Angemessenheit der Vergütung. Die Weiche liegt im Sozialhilferecht: Der Sozialhilfeträger übernimmt gesondert berechnete Investitionskosten nur mit einer Vereinbarung nach §§ 75 ff. SGB XII. Auch hier sind nachträgliche Ausgleichs ausgeschlossen. Die Verhandlungen folgen einem ähnlichen Muster wie die Pflegesatzverhandlungen und entsprechen bei der Berechnung großteils dem Zustimmungsverfahren bei geförderten Einrichtungen. Bei Streit entscheidet die Schiedsstelle nach § 80 SGB XII. Auch hier sollte sie nach Ablauf der Verhandlungsfrist angerufen werden, um die Laufzeit zu sichern.

DER PACTVERTRAG ALS RISIKOHEBEL

Pacht ist Investitionsaufwand – aber nur in angemessener Höhe refinanzierbar. Liegt die Pacht dauerhaft über den Investitionskostenenerträgen, entsteht ein strukturelles Defizit. Sanierungsberater nennen das Overrent. Prüfen Sie das Verhältnis jährlich. Die frühere Praxis vieler Sozialhilfeträger, Einrichtungen im Pachtmodell mit solchen im Eigentümermodell zu vergleichen, ist rechtswidrig. Die Pacht ist unabhängig von einer möglichen gesellschaftsrechtlichen Verflechtung in marktüblicher Höhe anzuerkennen.

→ Entgeltbausteine: Kapitel 4

→ Entgelterhöhung: Kapitel 3

→ Pacht in der Sanierung: Kapitel 14

B

INFOGRAFIK Investitionskosten refinanzieren

Landesförderung erhalten?

JA

NEIN

Antrag bei der Landesbehörde (§ 82 Abs. 3)

Mitteilung an die Landesbehörde (§ 82 Abs. 4)

Zustimmungsbescheid – Verwaltungsakt, binnen 1 Monat anfechtbar

Berechnung bei Selbstzahlern

Gesonderte Berechnung bei allen Bewohnern; Sozialhilfeträger zahlt auf Basis des Bescheids

Für Sozialhilfeempfänger zusätzlich:
Vereinbarung mit dem Sozialhilfeträger (§ 75 Abs. 5 SGB XII); bei Streit Schiedsstelle § 80 SGB XII

Gemeinsamer Endpunkt: Erhöhung gegenüber Bewohnern nur über § 9 WBVG – Frist, Schriftform, Begründung, Zustimmung

TYPISCHE FEHLER

- 1 Sätze jahrelang nicht angepasst, obwohl Zinsen, Pacht und Instandhaltung gestiegen sind – die Lücke wächst jedes Jahr.
- 2 Teilsablehnungen im Bescheid werden hingenommen – nach einem Monat bestandskräftig.
- 3 Kündigungsfrist in der aktuellen Vereinbarung übersehen – verschiebt die Verhandlungsmöglichkeit teilweise um mehrere Jahre. In diesem Fall sollte die Wirksamkeit der Kündigungsregelung geprüft werden.

→ Entgeltbausteine: Kapitel 4

→ Entgelterhöhung: Kapitel 3

→ Pacht in der Sanierung: Kapitel 14

PRAXISTIPP

Führen Sie die Investitionskosten als eigenen Strang mit eigenem Kalender. Bescheid oder Vereinbarung, Pachtvertrag und WBVG-Erhöhung sind drei Glieder einer Kette. Reißt eines, ist der Erlös weg.

ACHTUNG

Ob Bescheid oder Vereinbarung: Gegenüber den Bewohnern ist jede Erhöhung eine Entgelterhöhung nach § 9 WBVG. Frist, Schriftform, Begründung und Zustimmung gelten auch hier (→ Kapitel 3). Auch der Sozialhilfeträger beruft sich möglicherweise auf eine fehlende oder fehlerhafte Entgelterhöhung.

RECHTSPRECHUNG IM ÜBERBLICK

BSG, Urt. v. 08.09.2011 – B 3 P 4/10 R und B 3 P 2/11 R (nur tatsächliche Aufwendungen; Zustimmung als Verwaltungsakt)

LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 05.12.2013 – L 23 SO 38/10 KL (BSG-Maßstäbe gelten für Vereinbarungen entsprechend)

BSG, Urt. v. 20.09.2023 – B 8 SO 8/22 R (Ablauf der Zweckbindungsfrist ändert die Einstufung als geförderte Einrichtung nicht)

MERKSATZ

**Bescheid oder Vereinbarung –
ohne beides bleibt Geld liegen.**



TEIL C

Betreiben

Der laufende Betrieb: Personal, Prüfungen, Abrechnung, Haftung – und die Pflichten, die aus Digitalisierung und Compliance folgen.

Kapitel 7 bis 11

Nach diesem Kapitel wissen Sie, wie Personalplanung und Refinanzierung zusammenhängen – und wo die Fallen liegen.

IN DREI PUNKTEN

- § 113c SGB XI erlaubt einen Personalmix aus Fach-, Assistenz- und Hilfskräften. Gemeinsam mit den Landesrahmenverträgen gibt er einen refinanzierbaren Korridor vor.
- Ausländische Fachkräfte brauchen Anerkennung und Aufenthaltstitel.
- Unzureichende Personalausstattung ist die häufigste Quelle von Mängelordnungen und Vergütungskürzungen.

EINORDNUNG

Personal ist der größte Kostenblock und der größte Engpass. Rechtlich treffen vier Welten aufeinander: die Personalbemessung des SGB XI, das Heimaufsichtsrecht, das Anerkennungs- und Aufenthaltsrecht und das Arbeitsrecht. Änderungen im Personalmix müssen mit der Pflegesatzkalkulation eng synchronisiert werden – sonst zahlen Sie den Aufbau aus der Marge oder werden mit Auflagen belegt.

PRAXISFRAGEN

Was verlangt die Personalbemessung?

Seit Juli 2023 gilt ein bundeseinheitlicher Personalrahmen (§ 113c SGB XI). Er richtet sich nach der Bewohnerstruktur und sieht neben Fachkräften Assistenzkräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung vor. Die Fachkraftquote der Länder wird schrittweise abgelöst – die Umsetzung ist aber uneinheitlich. Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b kommen obendrauf (→ Kapitel 4). Ab 2027 startet die bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung. Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEG, in Kraft seit Dezember 2025) erweitert die Befugnisse von Pflegefachpersonen – passen Sie Delegation und Dokumentation an.

Wie gewinne ich Fachkräfte aus dem Ausland rechtssicher?

Zentral sind die Anerkennung des Berufsabschlusses und der Aufenthaltstitel. Das beschleunigte Fachkräfteverfahren verkürzt die Dauer erheblich (§ 81a AufenthG). Es verlangt aber Ihre aktive Mitwirkung. Prüfen Sie Verträge mit Vermittlungsagenturen auf Bindungs- und Rückzahlungsklauseln. Sie sind häufig unwirksam und schaden dem Ruf.

Was ist arbeitsrechtlich besonders heikel?

Dienstplan und Arbeitszeit: Höchstarbeitszeiten, Ruhezeiten, kurzfristiges Einspringen. Zeitarbeit: teuer und von Kostenträgern oft nur begrenzt refinanziert. Honorarkräfte: In der stationären Pflege gelten sie regelmäßig als abhängig beschäftigt – die Rentenversicherung fordert nach. Dazu Mindestlöhne, Tariftreue-Nachweise und die Mitbestimmung, wo Betriebsrat oder MAV bestehen. Bei Kündigungen scheitert es selten am Vorwurf, oft an der Beweislage.

MERKSATZ

Personalaufbau ohne Refinanzierung ist Personalaufbau aus der Marge.

NORMEN

§ 113c SGB XI – Personalbemessung

§ 43b SGB XI – Zusätzliche Betreuungskräfte

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

§ 81a AufenthG – Beschleunigtes Fachkräfteverfahren

ArbZG, AÜG, Pflegemindestlohn-Verordnungen

§ 7 SGB IV – Statusfeststellung (Honorarkräfte)

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

QUERVERWEISE

→ Zuschlag § 43b: Kapitel 4

→ Kalkulation: Kapitel 5

→ Zollprüfung: Anhang C

INFOGRAFIK **Personalmix nach § 113c SGB XI**

PERSONALRAHMEN § 113C



TYPISCHE FEHLER

- 1 Das Delta zwischen IST und SOLL wird nicht ausreichend überwacht. Das führt entweder zu Finanzierungslücken oder Anordnungen und Vergütungskürzungen.
- 2 Das Controlling berücksichtigt nicht die Regelungen aus Rahmenvertrag und Vergütungsvereinbarung. Vorteilhaftige Regelungen etwa zu Überstunden werden nicht berücksichtigt oder nichtexistierende Regelungen zur Berücksichtigung von Auszubildenden irrig angenommen.
- 3 Honorarkräfte – die Betriebsprüfung fordert Beiträge nach, plus Säumniszuschläge.

PRAXISTIPP

Verzählen Sie Personalplanung und Pflegesatzverhandlung. Jede Veränderung im Personalmix gehört in die Pflegesatzkalkulation. Prüfen Sie den Status jeder Honorarkraft, bevor die Rentenversicherung es tut.

PNOG-HINWEIS

Die geplante Aussetzung der Tariftreue würde auch Ihre Nachweis- und Meldepflichten gegenüber den Kostenträgern verändern.



Nach diesem Kapitel gehen Sie vorbereitet in jede Prüfung – und kennen Ihre Rechte danach.

IN DREI PUNKTEN

- Drei Prüfer, drei Maßstäbe: MD (Pflegequalität, beauftragt von den Landesverbänden der Pflegekassen), Heimaufsicht (Ordnungsrecht), Gesundheitsamt (Hygiene).
- Prüfberichte sind angreifbar. Stellungnahmefristen sind kurz.
- Anordnungen und Aufnahmestopps sind Verwaltungsakte – mit Rechtsschutzmöglichkeiten.

EINORDNUNG

Stationäre Einrichtungen stehen unter dreifacher Kontrolle – und mehr. Der Medizinische Dienst prüft die Pflegequalität, die Heimaufsicht das Ordnungsrecht, das Gesundheitsamt Hygiene und Infektionsschutz. Prüfergebnisse wirken öffentlich und können in Bescheide, Vergütungskürzungen oder Belegungsstopps münden. Jede Prüfung sollte ernst genommen werden, um lange, kostenintensive und teils folgenschwere Verfahren zu vermeiden.

PRAXISFRAGEN

Wie läuft die Qualitätsprüfung des MD?

Grundlage sind die Regelprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsindikatoren, die Sie halbjährlich selbst erheben. Bei guten Ergebnissen kann sich der Prüfrhythmus verlängern. Entscheidend ist die Prüfsituation: geschultes Personal, vollständige Dokumentation, klare Zuständigkeit für die Begleitung der Prüfer.

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

Nein. Sie können zum Bericht Stellung nehmen. Gegen Maßnahmenbescheide und Vergütungskürzungen (§ 115 SGB XI) stehen Widerspruch und Klage offen. Rügen Sie Fehler des Prüfteams präzise und fristgerecht – falsche Stichprobe, unzutreffende Bewertung. Sonst prägen sie die Qualitätsdarstellung auf Jahre.

Ein kritischer Prüfbericht kann eskalieren: zu einem Maßnahmenbescheid, zu einer Vergütungskürzung, einer Abmahnung oder gar einer Kündigung des Versorgungsvertrages. Zeichnet sich diese Eskalation ab, empfiehlt es sich, früh gegenzuhalten.

MERKSATZ

Die Rechtsmittelfrist ist die wichtigste Frist des Jahres.

NORMEN

§§ 114 ff. SGB XI – Qualitätsprüfungen

§ 115 SGB XI – Maßnahmen, Vergütungskürzung

Landesheimrecht – Anordnungen, Aufnahmestopp, Untersagung

§§ 36, 43 IfSG – Hygiene, Belehrung, Überwachung

§ 86a SGG, § 80 VwGO – Eilrechtsschutz

PRAXISFRAGEN (FORTSETZUNG)

Was tun bei Anordnung oder Aufnahmestopp?

(Personal-)Anordnungen, Aufnahmestopps und Betriebsuntersagungen sind Verwaltungsakte. Gegen sie kann innerhalb der Frist rechtlich vorgegangen werden, je nach Bundesland durch Widerspruch und/oder Klage. Tut man das nicht, erwachsen sie in Rechtskraft und sind auch dann wirksam, wenn sie rechtswidrig sind. Daher sollten Rechtsmittel immer in Betracht gezogen werden. Um zu verhindern, dass sie während des laufenden Verfahrens durchsetzbar sind, sollte bei Gericht Eilrechtsschutz gesucht werden. Parallel gilt: Mängel dokumentiert beheben, aktiv mit der Behörde kommunizieren und einen realistischen Maßnahmenplan vorlegen. Kooperation und Rechtsmittel schließen sich nicht aus.

→ Wer prüft was: Anhang C

→ Dokumentation: Kapitel 10

→ Kündigung des Versorgungsvertrags: Kapitel 12

INFOGRAFIK **Vom Prüfbesuch zum Bescheid**

 fristkritische Schritte – wer sie verpasst, macht Feststellungen bestandskräftig

TYPISCHE FEHLER

- 1** Rechtsmittelfristen verstreichen und erst bei Festsetzung der Zwangsgelder wird anwaltlicher Rat eingeholt. Dann ist die ursprüngliche Anordnung oft nur noch mit erhöhtem Aufwand angreifbar.
- 2** Bei Anlassprüfungen wird ohne Begleitung „offen erzählt“ – Aussagen landen in Bescheiden und Strafakten.
- 3** Verteidigungslinie: „Ich versuche ja mein Bestes, aber schaffe es nicht.“ Das Ordnungsrecht zielt allein auf Gefahrenabwehr – ein redliches Bemühen bleibt regelmäßig außer Betracht.

PRAXISTIPP

Bereiten Sie jede Prüfung intern nach – auch die gut gelaufene.

Nach diesem Kapitel erkennen Sie, wann aus einer Prüfanfrage ein Ermittlungsverfahren wird – und wie Sie reagieren.

IN DREI PUNKTEN

- Rückforderungen sind prüfbar. Hochrechnungen aus kleinen Stichproben halten selten stand.
- Abrechnungsbetrug braucht Vorsatz – für den Anfangsverdacht reicht ein Muster von Auffälligkeiten.
- Vergütungskürzungen nach § 115 SGB XI und bei fehlender Pflegedienstleitung wirken sofort – nur Fristen wahren hilft.

EINORDNUNG

Abrechnungsfragen haben zwei Gesichter: das sozialrechtliche (Rückforderungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI) und das strafrechtliche (Vorwurf des Abrechnungsbetrugs). Die Übergänge sind fließend. Was als Prüfanfrage beginnt, kann in einer Durchsuchung enden. Die ersten Antworten stellen die Weichen. Im stationären Alltag häufiger als der Strafprozess: Vergütungskürzungen nach § 115 SGB XI und bei fehlender Pflegedienstleitung.

PRAXISFRAGEN

Wann drohen Rückforderungen?

Typische Anlässe: Leistungen nicht wie vereinbart erbracht, Abweichungen von der vereinbarten Personalausstattung, formale Fehler in Leistungsnachweisen. Rückforderungen sind dem Grund und der Höhe nach prüfbar. Pauschale Hochrechnungen aus kleinen Stichproben halten rechtlicher Kontrolle oft nicht stand. Akzeptieren Sie sie nie ungeprüft. Die Kassen fordern teilweise schon bei kleinen Verstößen alles zurück oder verweigern die Auszahlung.

Wann wird aus einem Fehler ein Strafverfahren?

Abrechnungsbetrug setzt Vorsatz voraus (§ 263 StGB). Für einen Anfangsverdacht reicht den Behörden aber oft ein Muster: fehlende Nachweise, nicht qualifiziertes Personal, wiederkehrende Abweichungen. Neben Strafe drohen Nebenfolgen, die die Existenz treffen: Kündigung des Versorgungsvertrags, berufsrechtliche Konsequenzen, Vergabesperren.

Wann dürfen die Kostenträger die Vergütung kürzen?

In zwei typischen Fällen. Erstens bei Qualitätsmängeln: Werden festgestellte Mängel nicht behoben, können die Landesverbände die Pflegevergütung für die Dauer der Mängel kürzen (§ 115 Abs. 3 SGB XI). Der Kürzungsbetrag ist anteilig an die Bewohner zurückzuzahlen. Zweitens bei fehlender verantwortlicher Pflegefachkraft: Sie ist Zulassungsvoraussetzung (§ 71 Abs. 2 SGB XI). Bleibt die Stelle unbesetzt, drohen Kürzung oder Ruhen der Vergütung nach den Rahmenverträgen – und die Kündigung des Versorgungsvertrags. Gegen Kürzungsbescheide stehen Widerspruch und Klage offen; die Fristen sind kurz.

MERKSATZ

Was als Prüfanfrage beginnt, kann als Durchsuchung enden.

NORMEN

§ 79 SGB XI – Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 115 Abs. 3 SGB XI – Vergütungskürzung bei Qualitätsmängeln

§ 71 Abs. 2 SGB XI – Verantwortliche Pflegefachkraft als Zulassungsvoraussetzung

§ 263 StGB – Betrug

§§ 102 ff. StPO – Durchsuchung, Beschlagnahme

§ 74 SGB XI – Kündigung des Versorgungsvertrags

→ Dokumentation: Kapitel 10

→ Vollelektronische Abrechnung: Kapitel 11

→ Kündigung des Versorgungsvertrags: Kapitel 12

INFOGRAFIK Von der Prüfanfrage zum Ermittlungsverfahren

STUFE 1
Prüfanfrage der Kasse**Ihr Zug:** prüfen statt akzeptieren – rechtlich einordnen, bevor Sie antwortenSTUFE 2
Rückforderung / Hochrechnung**Ihr Zug:** Grund und Höhe prüfen, Stichprobe angreifen, nie ungeprüft anerkennenSTUFE 3
Wirtschaftlichkeitsprüfung § 79**Ihr Zug:** koordiniert antworten – eine Kommunikationslinie gegenüber Kassen und BehördenSTUFE 4
Vergütungskürzung (§ 115 SGB XI) oder Strafanzeige**Ihr Zug:** Rechtsmittel fristgerecht einlegen – Widerspruch, Klage, bei Durchsuchung Anwalt und keine Aussagen

TYPISCHE FEHLER

- 1 Prüfanfragen werden ohne rechtliche Einordnung beantwortet – das Material für die Rückforderung liefert man selbst.
- 2 Hochrechnungen werden akzeptiert, „um Ruhe zu haben“ – das Anerkenntnis wirkt später als Schuldeingeständnis.
- 3 Die Pflegedienstleitung fehlt monatelang, ohne dass Kassen und Aufsicht informiert werden – Kürzung und Kündigung folgen.

PRAXISTIPP

Nehmen Sie jede Abrechnungsprüfung ernst, bevor sie eskaliert. Drei Schritte: interne Aufarbeitung, eine Kommunikationslinie gegenüber Kassen und Behörden, bei Verdacht früh strafrechtlicher Rat. Prävention kostet Stunden, Verteidigung Jahre.

Nach diesem Kapitel wissen Sie, was im Prozess zählt: die Akte – und die richtige Einwilligung.

IN DREI PUNKTEN

- Ein Sturz begründet keine Haftung. Eine Lücke in der Dokumentation kann es.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen brauchen immer die Einwilligung – regelmäßige oder länger dauernde zusätzlich die gerichtliche Genehmigung.
- Nach einem Vorfall: Versicherer informieren, kein Schuldanerkennnis, Sachverhalt sichern.

EINORDNUNG

Haftungsfälle entscheiden sich selten am Pflegefehler, fast immer an der Dokumentation. Wer die Beweislast beherrscht, gewinnt Verfahren. Und er verhindert, dass ein Einzelfall zum Grundsatzkonflikt mit Angehörigen, Betreuern und Versicherern wird.

PRAXISFRAGEN

Haftet die Einrichtung automatisch, wenn ein Bewohner stürzt?

Nein. Geschuldet ist keine lückenlose Überwachung, sondern eine Pflege nach dem individuellen Risiko. Die Beweislast kehrt sich erst um, wenn der Sturz in einer beherrschbaren Situation passiert – beim Transfer, bei einer Pflegemaßnahme. Entscheidend ist die dokumentierte Risikoerfassung mit umgesetzter Prophylaxe. Dekubitus folgt derselben Logik.

Welche Rolle spielt die Pflegedokumentation?

Sie ist das zentrale Beweismittel – in beide Richtungen. Zeitnah und widerspruchsfrei trägt sie die Entlastung; Lücken werfen Gerichte oft zu Ihren Lasten. Nachträge müssen als solche erkennbar sein. Ein Zusatz, der nach einem Vorfall „aufgeräumt“ wird, zerstört die Glaubwürdigkeit der ganzen Akte.

Was gilt für Bettgitter, Gurte und Sensormatten?

Ist der Bewohner einwilligungsfähig, entscheidet er selbst – ein Betreuer kann ihn nicht überstimmen. Ist er es nicht, prüfen Sie zuerst mildere Mittel: Niedrigbett, Sensormatte, Bewegungsförderung. Jede Maßnahme braucht jedenfalls die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten. Erfolgt sie regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum, kommt die Genehmigung des Betreuungsgerichts hinzu (§ 1831 BGB). Ohne Genehmigung dürfen Sie nur bei Gefahr im Verzug handeln – und müssen sie unverzüglich nachholen. Ohne sie drohen zivil- und strafrechtliche Folgen.

MERKSATZ

Nicht der Sturz haftet, sondern die Lücke in der Akte.

NORMEN

§§ 280, 823 BGB – Haftung

§ 1831 BGB – Freiheitsentziehende Maßnahmen

§ 116 SGB X – Regress der Kassen

Expertenstandards (Sturz, Dekubitus) – Pflegestandard

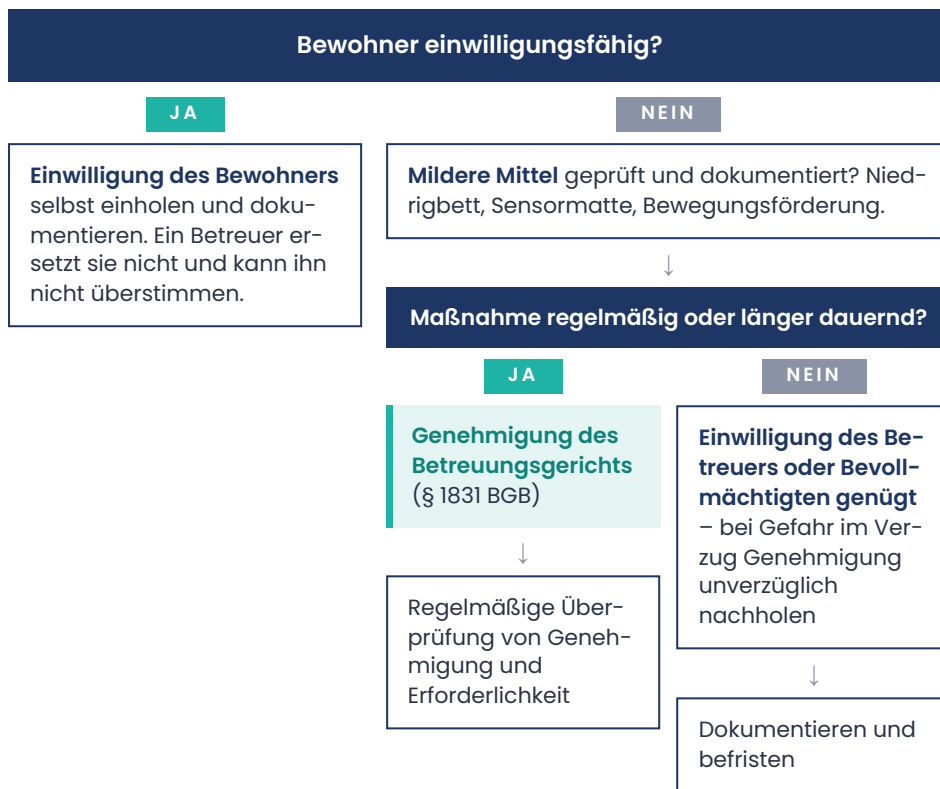
BGH, Urt. v. 28.04.2005 – III ZR 399/04 (voll beherrschbarer Gefahrenbereich; ständige Rechtsprechung)

QUERVERWEISE

→ Betreuer und Angehörige: Kapitel 3

→ Datenschutz und Einsicht: Kapitel 11

→ Prüfungen: Kapitel 8

INFOGRAFIK **Freiheitsentziehende Maßnahme geplant?**

TYPISCHE FEHLER

- 1** Risiko erfasst, Maßnahmen nicht dokumentiert umgesetzt – die beste Prophylaxe nützt vor Gericht nichts.
- 2** Freiheitsentziehende Maßnahmen laufen „historisch“ weiter, ohne Überprüfung von Genehmigung und Erforderlichkeit.
- 3** Nach einem Vorfall wird gegenüber Angehörigen Verantwortung eingeräumt – der Versicherungsschutz wackelt.

PRAXISTIPP

Definieren Sie einen festen Schadenfall-Prozess: Meldung, Sicherung der Dokumentation, Information von Leitung und Versicherer, Sprachregelung. Schulen Sie Wohnbereichsleitungen, was nach einem Vorfall in die Akte gehört – und was nicht: keine Spekulationen, keine Schuldzuweisungen.

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

IN DREI PUNKTEN

- Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist Pflicht. Ohne sie entfällt die TI-Pauschale, und digitale Prozesse bleiben verschlossen.
- Gesundheitsdaten sind besonders geschützt. Auskünfte nur mit Einwilligung oder Vollmacht.
- Ab 50 Beschäftigten brauchen Sie eine interne Meldestelle für Hinweisgeber.

EINORDNUNG

Compliance klingt nach Konzern. In der Pflege ist sie Alltag geworden: Die Digitalisierung ist gesetzliche Pflicht, der Datenschutz betrifft jede Übergabe, und das Hinweisgeberschutzgesetz gilt für die meisten Einrichtungen.

PRAXISFRAGEN

Was verlangt die Pflicht zur Telematikinfrastruktur?

Seit Juli 2025 müssen alle Pflegeeinrichtungen an die TI angebunden sein (§§ 341, 360 SGB V). Die Abrechnung wird schrittweise vollelektronisch; die Pflicht zum elektronischen Leistungsnachweis betrifft zunächst die ambulanten Pflegesachleistungen. Sie brauchen Institutionskarte (SMC-B), Heilberufsausweise, Konnektor und passende Software. Die Kosten werden über eine TI-Pauschale refinanziert. Wer nicht angebunden ist, verliert die Pauschale und den Anschluss an E-Rezept, Medikationsplan und die künftige digitale Abrechnung. Beantragen Sie die Karten sofort; die Umsetzung dauert Monate.

Was verlangt der Datenschutz im Pflegealltag?

Pflege verarbeitet Gesundheitsdaten – besonders geschützt nach Art. 9 DSGVO. Für die Versorgung selbst besteht eine Rechtsgrundlage. Heikel sind die Ränder: Auskünfte an Angehörige nur mit Einwilligung oder Vollmacht, Fotos nur mit Einwilligung, Einsicht in die Akte für den Bewohner. Organisatorisch: Datenschutzbeauftragter, Verarbeitungsverzeichnis, Verträge mit Software- und Abrechnungsdienstleistern, Meldung von Datenpannen binnen 72 Stunden.

Brauchen wir eine Meldestelle für Hinweisgeber?

Ja, ab 50 Beschäftigten (Hinweisgeberschutzgesetz). Sie richten eine interne Meldestelle ein, die Hinweise vertraulich entgegennimmt und binnen Fristen bearbeitet. Hinweisgeber dürfen nicht benachteiligt werden. Die Meldestelle kann intern besetzt oder an Dritte vergeben werden – etwa an eine Kanzlei. Gerade in der Pflege, wo Pflichtverletzungen oft intern bekannt sind, lohnt sich ein sauberer Kanal.

MERKSATZ

Ohne TI-Anbindung keine Pauschale und kein Anschluss an die digitalen Prozesse – das ist keine IT-Frage.

NORMEN

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

§ 106b SGB XI – Finanzierung der TI-Kosten

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

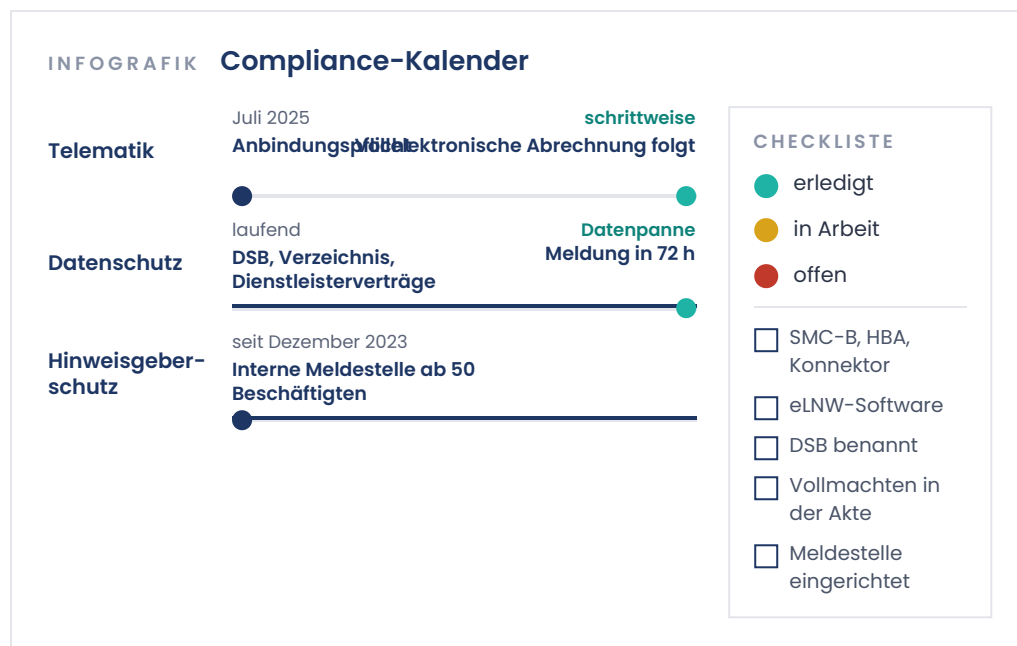
§ 203 StGB – Schweigepflicht

§§ 12 ff. HinSchG – Interne Meldestelle

→ Abrechnung: Kapitel 9

→ Dokumentation: Kapitel 10

→ Auskünfte an Betreuer: Kapitel 3

**TYPISCHE FEHLER**

- 1** TI-Karten zu spät beantragt – die Anbindung dauert Monate, die Abrechnungsfrist wartet nicht.
- 2** Auskünfte an Angehörige „aus Freundlichkeit“ ohne Vollmacht – Datenschutzverstoß und Schweigepflicht.
- 3** Keine Meldestelle – Hinweise landen bei Aufsicht oder Presse statt bei Ihnen.

PRAXISTIPP

Führen Sie einen Compliance-Kalender mit den drei Spuren Telematik, Datenschutz, Hinweisgeberschutz. Benennen Sie je eine verantwortliche Person. Prüfen Sie quartalsweise, ob alle Fristen und Nachweise stehen. Das ist eine Stunde Arbeit – und spart Bußgelder.

D

TEIL D

Verändern

Wenn sich etwas grundlegend ändert: Konflikt mit Kostenträgern, Verkauf oder Kauf, Sanierung.

Kapitel 12 bis 14

Nach diesem Kapitel erkennen Sie die Krise, bevor andere sie erkennen – und wissen, was in den ersten Tagen zählt.

IN DREI PUNKTEN

- Belegung, Zahlungseingänge und Anhörungsschreiben sind die drei Frühwarnzeichen.
- Die fristlose Kündigung des Versorgungsvertrags hat hohe Hürden – und wirkt trotzdem sofort.
- Alle Verfahren gehören in eine Hand: Kassen, Aufsicht und Staatsanwaltschaft arbeiten oft auch eng zusammen.

EINORDNUNG

Der schwerste Eingriff ist die Kündigung des Versorgungsvertrags. Sie entzieht dem Betrieb die Grundlage. Doch die Krise beginnt früher – bei sinkender Belegung, stockenden Zahlungen und dem ersten Anhörungsschreiben. Wer diese Zeichen liest, hat noch alle Optionen. Zeit ist in der Krise der kritischste Faktor.

PRAXISFRAGEN

Woran erkenne ich die Krise früh?

An drei Zahlen und einem Brief. Die Belegung: Sinkt sie unter den kalkulierten Auslastungsgrad, tragen Sie Investitions- und andere Fixkosten allein (→ Kapitel 6). Die Zahlungseingänge: Steigt der Anteil offener Sozialhilfeanträge, finanzieren Sie das Sozialamt vor (→ Kapitel 3). Die Prüfberichte: Häufen sich Feststellungen, folgt der Bescheid. Und das Anhörungsschreiben einer Behörde oder der Kassen mit entsprechender Androhung: Es ist der Beginn eines Verfahrens um die Existenz. Dazu die Kürzungsquote der Kassen: Werden mehr als wenige Prozent Ihrer Rechnungen gekürzt, liegt ein Prozessfehler vor – bei Ihnen oder bei der Kasse.

Wann können die Kassen den Versorgungsvertrag kündigen?

Ordentlich mit Frist von einem Jahr. Fristlos nur bei gröblicher Pflichtverletzung, wenn ein Festhalten am Vertrag unzumutbar ist (§ 74 SGB XI). Die Hürden sind hoch; die Kündigung braucht belastbare, konkrete Feststellungen. Mildere Mittel müssen immer voll ausgeschöpft werden. Meist stützt eine Kündigung sich auf Prüfberichte. 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 belegen und abrechnen können. Die ersten Tage nach Zugang zählen – juristisch und in der Kommunikation. Bewohner, Angehörige und Personal brauchen eine Stimme, eine Botschaft. Widersprüche werden gegen Sie verwendet.

MERKSATZ

Das Anhörungsschreiben ist der Startschuss, nicht die Vorwarnung.

NORMEN

§ 74 SGB XI – Kündigung des Versorgungsvertrags

§ 86b SGG – Einstweiliger Rechtsschutz

§ 24 SGB X – Anhörung

→ Investitionskosten und Auslastung: Kapitel 6

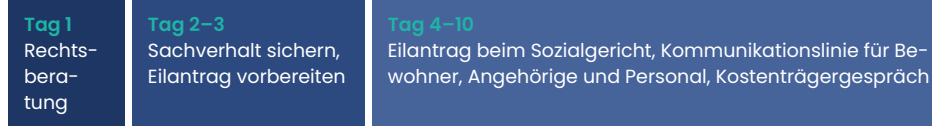
→ Zahlungsrückstände: Kapitel 3

→ Sanierung: Kapitel 14

INFOGRAFIK Frühwarn-Cockpit



DIE ERSTEN ZEHN TAGE NACH EINER KÜNDIGUNG



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 ist die Anordnung wirksam.
- 3** Verfahren werden isoliert geführt – jede Aussage bei der Aufsicht landet bei den Kassen.

PRAXISTIPP

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 eine Pflege-transaktion von jedem anderen Unternehmenskauf unterscheidet.

IN DREI PUNKTEN

- Share Deal: Kaufgegenstand sind die GmbH-Anteile. Die Verträge bleiben bestehen, nur der Gesellschafter wechselt. Asset Deal: Kaufgegenstand ist jeder einzelne Vermögenswert. Versorgungsvertrag und Heimverträge müssen neu abgeschlossen werden.
- Die Due Diligence prüft Vergütung, Prüfberichte, Heimrecht und Personal – nicht nur die Immobilie.
- Vor dem Verkauf aufräumen: offene Erhöhungen, Investitionskostenätze, Personelnachweise.

EINORDNUNG

Nachfolgen, Portfoliobereinigungen und Übernahmen aus der Insolvenz prägen den Markt. Rund 80 Prozent der insolventen Einrichtungen werden fortgeführt oder übernommen. Transaktionen folgen den allgemeinen Regeln – mit Besonderheiten beim Versorgungsvertrag, bei der Refinanzierung, den Wohnverträgen und im Ordnungsrecht.

PRAXISFRAGEN

Share Deal oder Asset Deal?

Beim Share Deal wechseln die Anteile am Träger. Versorgungsvertrag, Vergütungsvereinbarungen und Heimverträge bleiben bestehen; Anzeigepflichten gegenüber Aufsicht und Kassen sind zu beachten. Beim Asset Deal wechselt der Betrieb. Der Erwerber braucht einen eigenen Versorgungsvertrag oder dessen Überleitung. Die Arbeitsverhältnisse gehen nach § 613a BGB über. Die Heimverträge müssen sauber übergeleitet werden. Bei alledem ist der Datenschutz zu beachten.

Worauf kommt es in der Due Diligence an?

Pflegespezifisch entscheidend sind fünf Punkte. Laufzeit und Auskömmlichkeit der Vergütungsvereinbarungen. Prüfberichte der letzten Jahre. Heimrechtliche Konformität des Gebäudes (Einzelzimmer, Bestandsschutz). Personal im Verhältnis zu § 113c. Laufende Rückforderungs- oder Ermittlungsverfahren. Und der Pachtvertrag im Verhältnis zu den Investitionskostenenerträgen. Das alles gehört in Kaufpreis und Garantien.

Wie bereite ich mich als Verkäufer vor?

Mit Ordnung: vollständige Vertrags- und Prüfungsunterlagen, bereinigte Dauerbrenner – offene Erhöhungsverfahren, ungeklärte Investitionskostenätze, Honorarkräfte. Eine Vendor Due Diligence findet Deal-Breaker, bevor der Käufer sie findet. Das erhält die Verhandlungsposition.

MERKSATZ

Nicht die Immobilie trägt den Standort, sondern Zulassung, Vergütung und Pacht.

NORMEN

§ 72 SGB XI – Versorgungsvertrag beim Betreiberwechsel

§ 613a BGB – Betriebsübergang

Landesheimrecht – Anzeigepflicht Trägerwechsel

WBG – Überleitung der Heimverträge

→ Zulassung: Kapitel 2

→ Investitionskosten und Pacht: Kapitel 6

→ Übertragende Sanierung: Kapitel 14

INFOGRAFIK **Share Deal vs. Asset Deal**

	Share Deal	Asset Deal
Versorgungsvertrag	bleibt	neu oder Überleitung
Heimverträge	bleiben	Überleitung nötig
Arbeitsverhältnisse	bleiben	Übergang nach § 613a BGB
Anzeigepflichten	Trägerwechsel	Betreiberwechsel
Typisches Risiko	Altlasten im Träger	Zulassungslücke
Kurzbewertung	Kontinuität, aber Due Dilligence auf Verfahren und Rückforderungen	Sauberer Neustart, aber Zulassung vor Übernahme sichern

TYPISCHE FEHLER

- 1 Der Betrieb wird übernommen, bevor der Versorgungsvertrag gesichert ist – im schlimmsten Fall wird ohne Zulassung gepflegt.
- 2 Bestandsschutz der Immobilie nicht geprüft – nach dem Closing kommt der Investitionsstau.
- 3 Change-of-Control-Klauseln in Pacht-, Darlehens- und Förderverträgen übersehen.

PRAXISTIPP

Binden Sie die pflegerechtliche Prüfung von Anfang an in die Transaktionsstruktur ein – nicht erst bei der Vertragsprüfung. Ob ein Standort trägt, entscheidet sich an Versorgungsvertrag, Vergütung, Pacht und Ordnungsrecht, nicht an der Immobilie allein.

14 Restrukturierung und Sanierung

Handeln, bevor andere handeln

TEIL D · VERÄNDERN · LESEZEIT 2 MINUTEN

Nach diesem Kapitel kennen Sie die Pflichten der Geschäftsführung in der Krise – und die Hebel, die noch wirken.

IN DREI PUNKTEN

- Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung lösen die Antragspflicht aus – persönlich haftend.
- Die stärksten Hebel liegen auf der Erlösseite: Pflegesatz und Investitionskosten, sauberes Forderungsmanagement.
- Insolvenz ist nicht das Ende. Eigenverwaltung und Schutzschirm erhalten den Betrieb.

EINORDNUNG

Steigende Kosten, verzögerte Vergütungsanpassungen und Belegungsschwankungen haben auch etablierte Träger in die Krise geführt. Entscheidend ist der Zeitpunkt. Wer früh gegensteuert, hat alle Instrumente. Wer wartet, dem bleibt nur noch das Insolvenzrecht.

PRAXISFRAGEN

Welche Pflichten treffen die Geschäftsführung?

Sie müssen die Lage laufend überwachen (§ 1 StaRUG). Bei Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung stellen Sie ohne schuldhaftes Zögern Insolvenzantrag (§ 15a InsO). Verspätete Anträge führen zur persönlichen Haftung und sind strafbar. Eine vorausschauende Liquiditätsplanung ist in der Krise Pflicht.

Welche Hebel wirken unterhalb der Insolvenz?

Zuerst die Erlösseite: Nachverhandlung von Pflegesatz und Investitionskosten, konsequente Entgelterhöhungen nach WBVG, Belegungsmanagement. Dann der Pachtvertrag: Liegt die Pacht über den Investitionskostenerträgen, ist die Pachtanpassung der größte Einzelhebel (→ Kapitel 6). Daneben Vereinbarungen mit Gläubigern wie dem Verpächter und der Restrukturierungsrahmen des StaRUG, der Finanzverbindlichkeiten auch gegen einzelne Gläubiger neu ordnet.

Was bedeutet eine Insolvenz für den Betrieb?

In Eigenverwaltung oder im Schutzschirmverfahren führt die Geschäftsführung den Betrieb fort und saniert. Der Versorgungsvertrag besteht fort, die Versorgung läuft weiter. Kritisch sind die ersten Wochen: Liquidität, Kommunikation mit Kostenträgern, Aufsicht, Bewohnern und Personal. Häufig endet das Verfahren in einer übertragenden Sanierung – dann gelten die Regeln des Unternehmenskaufs (→ Kapitel 13).

MERKSATZ

Je früher gehandelt wird, desto mehr Optionen bleiben.

NORMEN

§ 15a InsO – Antragspflicht

§ 1 StaRUG –
Krisenfrüherkennung

§§ 270 ff. InsO – Eigenverwaltung,
Schutzschirm

StaRUG –
Restrukturierungsrahmen

D

→ Erlöshebel: Kapitel 5 und 6

→ Frühwarnzeichen: Kapitel 12

→ Übertragende Sanierung:
Kapitel 13INFOGRAFIK **Krisenstadien und Handlungsoptionen**

Strategische Krise	Pflegesatz und Investitionskosten nachverhandeln · Belegungsmanagement · Pacht anpassen
Ertragskrise	Konsequente WBVG-Erhöhen · außergerichtliche Sanierung · Vereinbarungen mit Gläubigern
Liquiditätskrise	13-Wochen-Liquiditätsplanung · StaRUG- Restrukturierungsrahmen
Insolvenzreife	Eigenverwaltung / Schutzschirm · Regelinsolvenz

► Je früher, desto mehr Optionen – die Treppe wird nach unten schmaler.

TYPISCHE FEHLER

- 1 Die Krise wird mit Gesellschafterdarlehen überbrückt, ohne die Unterdeckung in der Vergütung anzugehen.
- 2 Insolvenzreife zu spät geprüft – die Geschäftsführung haftet persönlich für jede Zahlung danach.
- 3 Kostenträger und Aufsicht erfahren aus der Presse von der Schieflage – das Vertrauen für die Sanierung ist verspielt.

PRAXISTIPP

Lassen Sie bei ersten Anzeichen parallel prüfen: Wo steht die Vergütung im Verhältnis zu den Ist-Kosten? Wie belastbar ist die Liquiditätsplanung? Passt die Pacht zu den Investitionskostenerträgen? Diese Standortbestimmung schafft Handlungsspielraum – und schützt Sie persönlich.

15 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 Heimaufsicht, Pflegekassen oder Staatsanwaltschaft. FRIST LÄUFT	2 Eine Pflegesatzverhandlung droht zu scheitern oder die Schiedsstelle soll angerufen werden. JETZT VORBEREITEN	3 Kostenträger fordern Vergütung zurück oder kürzen sie. FRIST LÄUFT
4 Ein Bewohner ist zu Schaden gekommen und Ansprüche werden geltend gemacht. JETZT VORBEREITEN	5 Ihre Offene-Posten-Liste wächst über das Übliche hinaus. JETZT VORBEREITEN	6 Eine Durchsuchung, Beschlagnahme oder ein Ermittlungsverfahren steht im Raum. FRIST LÄUFT
7 Sie planen Kauf, Verkauf, Umstrukturierung oder Erweiterung einer Einrichtung. PLANBAR	8 Die Liquidität wird eng oder die Bank stellt kritische Fragen. JETZT VORBEREITEN	9 Der Versorgungsvertrag 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

Akzessorietät

Abhängigkeit zweier Rechtsverhältnisse voneinander. Kostenträger zahlen für den Anspruch der Einrichtung gegen den Bewohner; die Entgelte des Heimvertrags müssen der Vergütungsvereinbarung entsprechen (§ 15 WBVG).

Betreuungskräfte (§ 43b SGB XI)

Zusätzliche Kräfte für Betreuung und Aktivierung, eine Vollzeitkraft je 20 Bewohner. Der Vergütungszuschlag wird vollständig von der Pflegekasse getragen.

Eigenverwaltung und Schutzschirmverfahren

Insolvenzverfahren, in denen die Geschäftsführung den Betrieb selbst fortführt und saniert (§§ 270 ff. InsO). Der Versorgungsvertrag besteht fort.

Einrichtungsträger

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

Gemeinsamer Jahresbetrag (§ 42a SGB XI)

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

Heimaufsicht (WTG-Behörde)

Landesbehörde, die das Ordnungsrecht überwacht: bauliche und personelle Anforderungen, Bewohnerrechte, Anzeigen.

Hinweisgeberschutz

Pflicht zur internen Meldestelle ab 50 Beschäftigten (HinSchG). Hinweisgeber dürfen nicht benachteiligt werden.

Landesverbände der Pflegekassen

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

Maßnahmenbescheid (§ 115 SGB XI)

Bescheid der Landesverbände der Pflegekassen nach Qualitätsmängeln. Kann bis zur Vergütungskürzung und Kündigung des Versorgungsvertrags eskalieren.

Personalbemessung (§ 113c SGB XI)

Bundeseinheitlicher Personalrahmen nach Bewohnerstruktur mit Fach-, Assistenz- und Hilfskräften. Mehr Personal ist über den Pflegesatz refinanzierbar.

Pflegesatz

Vergütung für die pflegebedingten Leistungen je Pflegegrad. Er wird prospektiv vereinbart.

Rahmenvertrag (§ 75 SGB XI)

Landesweiter Vertrag über Inhalt und Abgrenzung der Pflegeleistungen. Gilt für alle zugelassenen Einrichtungen.

Tariftreue (§ 72 Abs. 3a SGB XI)

Zulassungsvoraussetzung seit September 2022: tarifliche oder tarifähnliche Entlohnung der Pflegekräfte. Der PNOG-Entwurf sieht eine befristete Aussetzung vor.

Vergütungskürzung (§ 115 Abs. 3 SGB XI)

Kürzung der Pflegevergütung für die Dauer nicht behobener Qualitätsmängel. Der Kürzungsbetrag ist anteilig an die Bewohner zurückzuzahlen.

Wirtschaftlichkeitsfiktion (§ 82c SGB XI)

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

Zweckbindungsfrist

Frist im Förderbescheid, in der geförderte Investitionen ihrem Zweck dienen müssen. Ihr Ablauf ändert nach dem BSG nichts an der Einstufung als geförderte Einrichtung (§ 82 Abs. 3 SGB XI).

Ausbildungsumlage (§ 82a SGB XI)

Refinanzierung der Ausbildungsvergütung über Zuschläge zum Pflegesatz. Zählt zu den pflegebedingten Aufwendungen und wird vom Leistungszuschlag mit erfasst.

Bewohnervertretung

Gewähltes Gremium der Bewohner nach Landesheimrecht. Es ist bei Entgelterhöhungen und Pflegesatzverhandlungen zu beteiligen.

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)

Der pflegebedingte Eigenanteil, den alle Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 in gleicher Höhe zahlen. Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten kommen hinzu.

Externer Vergleich

Zweite Stufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung: Vergleich der geforderten Pflegesätze mit Einrichtungen derselben Region.

Grundlohnsomme

Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Der PNOG-Entwurf will Vergütungssteigerungen an ihre Entwicklung binden.

Hilfe zur Pflege

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

Investitionskosten

Aufwendungen für Gebäude, Anlagen, Pacht und Finanzierung. Sie werden gefördert oder den Bewohnern gesondert berechnet.

Leistungszuschlag (§ 43c SGB XI)

Zuschuss der Pflegekasse zum pflegebedingten Eigenanteil, gestaffelt nach Verweildauer: 15, 30, 50 und 75 Prozent.

Medizinischer Dienst (MD)

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

Pflegedienstleitung / verantwortliche Pflegefachkraft (§ 71 SGB XI)

Zulassungsvoraussetzung jeder Einrichtung: Pflegefachperson mit Berufserfahrung und Weiterbildung. Bleibt die Stelle unbesetzt, drohen Kürzung und Kündigung.

Plausibilitätskontrolle

Erste Stufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung: Sind die kalkulierten Kosten nachvollziehbar?

Schiedsstelle (§ 76 SGB XI)

Paritätisch besetztes Gremium mit unparteiischem Vorsitz. Es setzt Pflegesätze fest, wenn keine Einigung gelingt.

Telematikinfrastruktur (TI)

Das sichere Datennetz des Gesundheitswesens. Pflegeeinrichtungen müssen angebunden sein.

Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)

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

WBVG

Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz. Verbraucherschutzgesetz für den Heimvertrag.

Rechtsquellen im Überblick

Welche Regelwerke den Alltag stationärer Einrichtungen 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, Vergütung, Personal, Qualität	2, 4–8
SGB V / SGB XII	Behandlungspflege; Hilfe zur Pflege	1, 3, 6
Rahmenverträge § 75 SGB XI	Inhalt der Leistungen, Abwesenheit, Abrechnung	3, 4
WBG	Heimvertrag, Entgelterhöhung, Kündigung	3
BGB	Haftung, freiheitsentziehende Maßnahmen (§ 1831), Betreuungsrecht	3, 10
Landesheimrecht mit Verordnungen	Anzeigen, Bau, Personal, Bewohnerrechte	2, 8
Ausführungsgesetze und Investitionskostenverordnungen der Länder	Förderung und gesonderte Berechnung	6
Pflegebuchführungsverordnung	Rechnungswesen als Basis der Verhandlung	5
Baurecht, DIN 18040	Sonderbau, Brandschutz, Barrierefreiheit	2
Infektionsschutzgesetz, Hygieneverordnungen	Hygienepläne, Meldepflichten, Überwachung	8
Maßstäbe und Grundsätze, Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Expertenstandards	Qualitätsmaßstab in Prüfung und Haftung	8, 10
SGB V §§ 341, 360; DSGVO; HinSchG	Telematikinfrastruktur, Datenschutz, Hinweisgeberschutz	11
InsO, StaRUG	Insolvenzantragspflicht, Sanierung	14

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, Qualitätsmaßnahmen	Zulassung, Pflegesatzverhandlung, Maßnahmenbescheid
Medizinischer Dienst	Qualitätsprüfung, Begutachtung	Regel- und Anlassprüfung
Heimaufsicht / WTG-Behörde	Ordnungsrecht, Bewohnerrechte	Begehung, Anordnung, Aufnahmestopp
Gesundheitsamt	Hygiene, Infektionsschutz	Begehung, Meldepflichten, Ausbruch
Bauaufsicht, Brandschutzdienststelle	Baugenehmigung, Sonderbauprüfung	Neubau, Umbau, Brandverhütungsschau
Lebensmittelüberwachung	Küche und Speisensversorgung	Kontrolle der Eigenkontrolle (HACCP)
Arbeitsschutzbehörde, BGW	Arbeitsschutz, Unfallversicherung	Arbeitszeit, Gefährdungsbeurteilung
Zoll (Finanzkontrolle Schwarzarbeit)	Mindestlohn, Arbeitszeitrachweise	Unangekündigte Prüfung
Finanzamt, Deutsche Rentenversicherung	Steuern, Gemeinnützigkeit, Sozialversicherung	Betriebsprüfung, Statusfeststellung Honorarkräfte
Datenschutzaufsicht	DSGVO	Datenpannen, Beschwerden
Staatsanwaltschaft	Abrechnungsbetrug, Strafverfahren	Ermittlungsverfahren, Durchsuchung, Beschlagnahme
Sozialhilfeträger	Hilfe zur Pflege, Investitionskosten-Vereinbarung	Antragsbearbeitung, Vereinbarung
Betreuungsgericht	Betreuung, freiheitsentziehende Maßnahmen	Genehmigung nach § 1831 BGB

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 Gründung 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.