



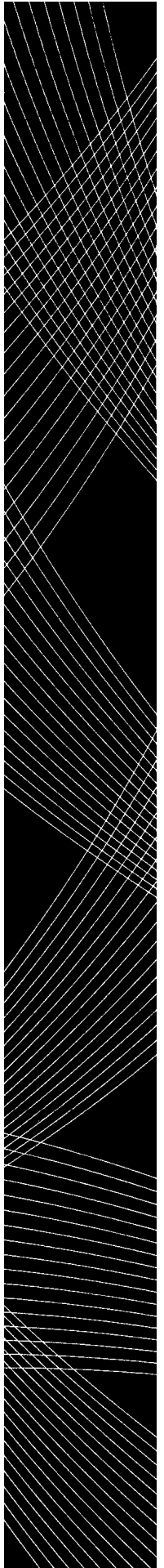
Industrie- und Handelskammer
zu Schwerin

Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen

Wichtige Tipps für Unternehmer und Existenzgründer

Stand September 2009

Industrie- und Handelskammer zu Schwerin
Graf-Schack-Allee 12, 19053 Schwerin
Telefon (03 85) 51 03 – 309, Telefax: (03 85) 51 03 – 9309
www.ihkzuschwerin.de
mans@schwerin.ihk.de
Ansprechpartner: Dipl.-Ing. (FH) Angret Mans
© IHK zu Schwerin 2009



Eine wichtige Aufgabe der Industrie- und Handelskammern ist die umfassende Beratung der Unternehmen und Existenzgründer. Inhalte der Beratung sind u.a. die Möglichkeiten der öffentlichen Finanzierungshilfen, Fragen des Gewerberechts, allgemeine Rechtsfragen, Markt- und Wettbewerbschancen, Standortfragen.

Die Industrie- und Handelskammer zu Schwerin bietet daher angehenden und bestehenden Unternehmen vertiefende Beratungsgespräche an. Außerdem halten wir ein umfangreiches Informations- und Seminarangebot vor. Das Spektrum reicht dabei von Gründerseminaren bis hin zu fachspezifischen Veranstaltungen.

Diese Broschüre wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch übernimmt die Industrie- und Handelskammer zu Schwerin keine Haftung für die Richtigkeit von Angaben, Hinweisen und Ratschlägen sowie für eventuelle Druckfehler. Diese Broschüre erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie dient dem Überblick.

Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Industrie- und Handelskammer zu Schwerin unzulässig und strafbar.

Inhaltsverzeichnis

Was das Pflegeversicherungsgesetz regelt	3
Was als Pflegeeinrichtung im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes angesehen wird	3
Welche Anforderungen an Pflegedienste gestellt werden	3
Wer als Pflegefachkraft arbeiten darf	4
Wie Ihr Pflegedienst strukturiert sein muss	5
Abweichende Bestimmungen für Pflegeheime.....	6
Gesetzesgrundlagen zu den Pflegediensten	6
Sozialgesetzbuch V (SGBV)	6
Sozialgesetzbuch XI (SGBXI).....	7
Allgemeine Informationen zur Gewerbeanmeldung	16
Checkliste für Existenzgründer in Pflegeberufen	17
Wo Sie weitere Informationen erhalten	18

Was das Pflegeversicherungsgesetz regelt

Wenn Sie eine Pflegeeinrichtung (Pflegedienst oder Pflegeheim) gründen wollen, müssen Sie die Bestimmungen des *Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG)* beachten. Dieses Gesetz dient der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Die Vorschriften zur ambulanten Pflege sind am 1. April 1995 und die Vorschriften zur stationären Pflege am 1. Juli 1996 in Kraft getreten. Das Pflegeversicherungsgesetz regelt unter anderem, welche Unternehmen Pflegeleistungen bereitstellen dürfen und durch wen diese Leistungen finanziert werden. Durch den *Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)* wird im Einzelfall festgestellt, welche Personen berechtigt sind, Pflegeleistungen in welcher Höhe in Anspruch zu nehmen. Dabei erfolgt eine Einordnung in die Pflegestufen 1 bis 3.

Was als Pflegeeinrichtung im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes angesehen wird

Das PflegeVG unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. *Ambulante Pflegedienste* sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter fachlicher Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft *Pflegebedürftige im eigenen oder fremden Haushalt* geplant pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Pflegeheime hingegen sind selbständig wirtschaftende Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft *voll- oder teilstationär* untergebracht, verpflegt und gepflegt werden.

Nach dem sogenannten *Sicherstellungsauftrag* (§ 12 Sozialgesetzbuch XI) müssen die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung gewährleisten, dass die Versicherten bedarfsgerecht und gleichmäßig pflegerisch versorgt werden. Deshalb schließen die Pflegekassen mit Ihnen als Pflegeeinrichtung einen *Versorgungsvertrag* und eine *Vergütungsvereinbarung* ab. Dabei hängt die Höhe der Vergütung u. a. davon ab, ob Sie ambulante oder stationäre Leistungen anbieten.

Welche Anforderungen an Pflegedienste gestellt werden

Ihr Pflegedienst versorgt Pflegebedürftige mit *häuslicher Pflege* als Sachleistung. Dabei muss Ihr Unternehmen in der Lage sein, die folgenden Anforderungen zu erfüllen:

1. Sie müssen *dauerhaft* in der Lage sein, eine *ausreichende und gleichmäßige pflegerische Versorgung* der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.
2. Ihre Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung müssen der nach dem Pflegegesetz gebotenen *Qualität* entsprechen.
3. Ihr Pflegedienst muss *wirtschaftlich* arbeiten.
4. Ihr Pflegedienst muss ein Qualitätsmanagement einführen und weiterentwickeln

Die Pflegekasse lässt durch den MDK prüfen, ob Ihr Pflegedienst diese Anforderungen erfüllt. Nur wenn das der Fall ist, darf die Pflegekasse mit Ihnen einen Versorgungsvertrag schließen.

Achtung: Diese Prüfung ist auch gegen Ihren Willen möglich. Ergibt die Prüfung, dass Ihr Pflegedienst Leistungen nicht entsprechend den vereinbarten Qualitätsanforderungen erbringt, kann dies zu einer Änderung oder gar zu einer Kündigung des Versorgungsvertrages führen.

Wer als Pflegefachkraft arbeiten darf

Ihr Pflegedienst muss unter der fachlichen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen. In den *Gemeinsamen Grundsätzen zur ambulanten Pflege* haben die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Träger der Sozialhilfe und weitere Vereinigungen und Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene festgelegt, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um als *verantwortliche Pflegefachkraft* zu arbeiten.

1. Dementsprechend muss eine verantwortliche Pflegefachkraft die Erlaubnis besitzen, eine der folgenden *Berufsbezeichnungen* zu führen:
 - Krankenschwester / Krankenpfleger oder Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger – entsprechend der jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmung,
 - Altenpfleger/in mit staatlicher Anerkennung – aufgrund einer landesrechtlichen Regelung,
 - staatlich anerkannte Heilerzieherin/staatlich anerkannter Heilerziehungspfleger, soweit die Leistungen des Pflegedienstes für pflegebedürftige Behinderte erbracht werden.
2. Sie muss innerhalb der vergangenen fünf Jahre, mindestens zwei Jahre einen der vorgenannten Berufe *hauptberuflich* ausgeübt haben, davon i.d.R. mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich.
3. Schließlich sollte der Nachweis einer mindestens 460-stündigen *Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen* vorliegen.

Hinweis: Durch ein Urteil des Bundessozialgerichts ist die Voraussetzung zur Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft auf die gesetzlichen Mindestbedingungen beschränkt worden (§ 71 SGB XI). Zudem kann die Frist für die nachzuweisende Berufserfahrung auf 2 Jahre innerhalb der letzten 8 Jahre verlängert werden, wenn Sie z.B. wegen Kindererziehung, Pflege von Angehörigen oder Studium nicht berufstätig waren.

Als Inhaber eines Pflegedienstes können Sie auch selbst als verantwortliche Pflegefachkraft gelten, wenn Sie die oben genannten Voraussetzungen erfüllen. Weiterhin müssen Sie sicherstellen, dass die verantwortliche Pflegekraft bei Ausfall (Krankheit, Urlaub) durch eine entsprechende Pflegefachkraft vertreten wird, die die Voraussetzung nach Punkt 1. erfüllt.

Hinweis: Dieses Vertretungserfordernis bedeutet, dass das Pflegeteam über *mindestens zwei verantwortliche Pflegefachkräfte* im Sinne des Gesetzes verfügen muss. Wenn Sie neben den ambulanten Pflegeleistungen *auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege* erbringen wollen, müssen Sie *mindestens 3 Pflegefachkräfte bei den Ersatzkassen (z.B.: Barmer Ersatzkasse, DAK) und 5 Pflegefachkräfte bei der AOK, IKK, BKK und LKK* beschäftigen. Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden im übrigen mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet.

Zudem sollte Ihr Pflegedienst geeignete Arbeitskräfte als *weitere Mitarbeiter* beschäftigen. Dazu gehören nach den *Gemeinsamen Grundsätzen zur ambulanten Pflege* z. B.:

- staatlich anerkannte Familienpfleger/innen,
- Krankenpflegehelfer/innen,
- Haus- und Familienpflegehelfer/innen,
- Hauswirtschaftler/innen

Achtung: Sie dürfen Hilfskräfte und angelernte Kräfte nur unter der fachlichen Anleitung einer Pflegefachkraft arbeiten lassen. Dabei darf der Anteil von 400 € – Kräften insgesamt 20 Prozent der Beschäftigten nicht überschreiten.

Wie Ihr Pflegedienst strukturiert sein muss

Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen bestimmt die Organisation und die Aufgaben Ihres Pflegedienstes:

Organisation

- Ihr Pflegedienst muss die Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in Ihrem Einsatzgebiet gewährleisten.
 - Entsprechend dem individuellen Pflegebedarf müssen Sie Pflegeleistungen bei Tag und Nacht – einschließlich an Sonn- und Feiertagen – erbringen können.
 - Ihr Pflegedienst muss über eigene Geschäftsräume verfügen und ständig erreichbar sein. Privatwohnungen sind in aller Regel zur Errichtung eines Pflegedienstes nicht geeignet.
 - Sie müssen ein Pflegeteam von *mindesten drei Mitarbeitern* beschäftigen.
- Tipp:** Ein Pflegeteam kann auch durch Kooperation mit anderen Pflegediensten gebildet werden. Die Bildung kompetenter, personell stabiler Pflegeteams stellt die geforderte größtmögliche Kontinuität der Betreuungsleistungen sicher. Bitte beachten Sie aber: Eine Kooperation für die Erbringung von Krankenversicherungsleistungen ist derzeit nach den geltenden Verträgen nicht möglich.
- Außerdem müssen Sie den Vertragsabteilungen der Kranken- und Pflegekassen eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung und die Anzeige der Betriebsaufnahme bei der zuständigen Behörde (i.d.R. Gesundheitsämter) nachweisen.

Verantwortlichkeit

Ihre Pflege muss unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen. Das bedeutet

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte,
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.

Leistungsangebot Ihres Pflegedienstes

Ihr Leistungsangebot müssen Sie den Vertragsabteilungen der Kranken- und Pflegekassen zur Abstimmung und Genehmigung schriftlich vorlegen. Dabei sollten Sie der Pflegekasse die folgenden Informationen zur Verfügung stellen:

- Ihr vorgehaltenes Leistungsangebot,
- die Art und Weise der Leistungserbringung,
- Ihr Pflegekonzept,
- die personelle und sachliche Ausstattung Ihres Pflegedienstes,
- die Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit Ihres Pflegedienstes,
- Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten,
- Ihre Wahrnehmung von Beratungsfunktionen,
- Ihre Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Über zusätzliche Maßnahmen der Sicherstellung von Leistungsqualität – wie z. B. Anamnese, Pflegeplanung, Pflegeziele und Ergebnisanalyse etc. – unterrichtet Sie die Pflegekasse. Hierfür stellen die Kranken- und Pflegekassen sogenannte Strukturhebungsbögen zur Verfügung, in denen entsprechende Angaben zu den genannten Punkten einzutragen sind.

Abweichende Bestimmungen für Pflegeheime

Die Zulassungsvoraussetzungen für Pflegeheime entsprechen im wesentlichen denen für ambulante Pflegedienste. Allerdings ergeben sich durch das Heimgesetz umfangreiche Zusatzbestimmungen. Diese beziehen sich hauptsächlich auf geeignete Geschäfts- und Pflegeräume sowie Praxis- und Betriebseinrichtungen. Für die Leistungen und Leistungsvergütungen gelten kompliziertere Regelungen. So müssen Pflegeheime neben dem Versorgungsvertrag und der Vergütungsvereinbarung eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung seit dem 01.01.2004 abschließen. Hinzu kommen noch gesonderte Vereinbarungen mit dem Kommunalen Sozialverband über die Berechnung von Investitionskosten für Sozialhilfempfänger. Für ein Pflegeheim können jedoch weitere Zusatzleistungen angeboten werden. Deren Abrechnung sollten Sie jedoch vorher mit der Pflegekasse klären.

Gesetzesgrundlagen zu den Pflegediensten

Der Pflegebedürftige muss zunächst einen Antrag bei seiner Pflegekasse stellen oder eine ärztliche Verordnung zu Durchführung von behandlungspflegerischen Leistungen vorlegen. Im Falle einer sozialen Bedürftigkeit muss außerdem ein Antrag auf Sozialhilfe bei dem zuständigen Sozialamt gestellt werden. Folgende Leistungen können bei der Pflegekasse beantragt werden:

- häusliche Pflege,
- teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege,
- vollstationäre Pflege und
- Leistungen an die pflegenden Personen.

Diese Leistungen können entweder durch eine private häusliche Pflege durch Angehörige oder Freunde der Pflegebedürftigen erfolgen oder durch Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Sozialgesetzbuch V (SGBV)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen nach Satz 2 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

§ 132 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe

(1) Die Krankenkasse kann zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege und von Haushaltshilfe geeignete Personen anstellen. Wenn die Krankenkasse dafür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nimmt, hat sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge zu schließen.

(2) Die Krankenkasse hat darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen.

Sozialgesetzbuch XI (SGBXI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtung.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme von Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Treffen von diesen 21 Punkten mindestens neun zu, ist Pflegebedürftigkeit vorhanden. Für die Gewährung von Leistungen sind drei Pflegestufen eingerichtet worden:

- I erheblich Pflegebedürftige: Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen und einem durchschnittlichen Zeitaufwand von mindestens 90 Minuten am Tag
- II Schwerpflegebedürftige: Hilfebedarf bei mindestens 3 Verrichtungen und einem durchschnittlichen Zeitaufwand von drei Stunden am Tag
- III Schwerstpflegebedürftige: Hilfebedarf rund um die Uhr, mindestens fünf Stunden durchschnittlicher Zeitaufwand am Tag

§ 36 Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann die häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Verrichtungen.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384 €,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 921 €
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.432 €.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 € monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf

bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.

Verweise:

SGB XI § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

SGB XI § 71 Pflegeeinrichtungen

SGB XI § 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

(3) Für die Anerkennung als Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als ausgebildete Pflegekraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 und 2 bestellt werden soll. Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen eine in diesen Vorschriften genannte Fachkraft

1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.

(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 80 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln; ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist der örtliche Einzugsbereich in den Versorgungsverträgen so festzulegen, dass lange Wege möglichst vermieden werden.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.

(2) Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1995 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt. Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandschutz nach den Sätzen 1 und 2 durch Vorlage von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern sowie geeigneter Unterlagen zur Prüfung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber einem Landesverband der Pflegekassen nachzuweisen. Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gemäß § 74 gekündigt wird.

(4) Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass der für die Vorlage der Unterlagen nach Satz 3 maßgebliche Zeitpunkt der 30. September 1995 und der Stichtag nach Satz 2 der 30. Juni 1996 ist.

§ 74 Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen.

(2) Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

§ 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,

3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,

4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,

5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,

6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,

7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen,

8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten.

(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder

2. landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanzahlzahlen), sowie

2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege und Betreuungspersonal.

Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.

(5) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 4 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.

§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind; dabei ist das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 zu beachten. In den Verträgen sind auch die Grundsätze und Maßstäbe sowie das Verfahren für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zu regeln.

(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2. Sie erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 des Fünften Buches ein Verzeichnis der von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßten Pflegehilfsmittel (Pflegehilfsmittelverzeichnis), soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 des Fünften Buches enthalten sind, und schreiben es regelmäßig fort; darin sind gesondert die Pflegehilfsmittel auszuweisen, die:

1. durch Festbeträge vergütet werden; dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefaßt werden,

2. für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind. Die Verbände der betroffenen Leistungserbringer sowie die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen sind vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses anzuhören. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekanntzugeben.

(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen setzen für die in Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 bestimmten Pflegehilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung und Wartung. Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 und die Festbeträge nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse einen Vertrag mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 01.05.1996 bestanden hat und
2. die vor dem 01.01.1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

§ 80 Qualitätssicherung

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Sie arbeiten dabei mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Die Vereinbarungen nach Abs. 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(1) Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste erhalten nach Maßgabe dieses Kapitels

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie (...)

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,

den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,

4. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(5) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Pflegevergütung abzuziehen.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muß einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen, eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind der Träger des Pflegedienstes sowie die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie

der für den Sitz des Pflegedienstes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen.

(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. § 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

Hinweis: Nutzen Sie für diese Verhandlungen die Erfahrung eines anerkannten Berufsverbands, wie des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., um eine angemessene Vergütung auszuhandeln.

SGB XI Kapitel 11 Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

§ 112 Grundsätze

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der in Absatz 2 genannten Leistungen sowie auf deren Abrechnung zu erstrecken. Soweit ein zugelassener Pflegedienst auch Leistungen nach § 37 des Fünften Buches erbringt, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Ein Anspruch auf Beratung besteht nicht.

§ 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise

- (1) Die Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (Leistungs- und Qualitätsnachweise).
- (2) Die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach Absatz 1 ist eine öffentliche Aufgabe. Sie kann wirksam nur durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden. Die Anerkennung setzt voraus, dass der Sachverständige oder die Prüfstelle die Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 118 erfüllt; sie gilt bundesweit, soweit in dem Anerkennungsbescheid nichts anderes bestimmt ist. Die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt das Bundesversicherungsamt; die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt die nach Landesrecht zuständige Behörde.
- (3) Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllt. Erfüllt die Einrichtung diese Anforderungen, hat ihr Träger Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises gegenüber den nach Absatz 2 für die Prüfung verantwortlichen Sachverständigen oder Prüfstellen. Diese haben den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie, bei vollstationärer Pflege, auch der nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde) eine Kopie des Leistungs- und Qualitätsnachweises zuzuleiten.
- (4) Qualitätsprüfungen nach § 114 können durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nach dieser Vorschrift nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Maßnahmen und Prüfungen nach dem Heimgesetz bleiben unberührt.
- (5) Ab dem 1. Januar 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel, wenn sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.
- (6) Für Rechtsstreitigkeiten aus dieser Vorschrift gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

§ 114 Örtliche Prüfung

- (1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind in Wahrnehmung ihres Prüfauftrags nach § 112 Abs. 3 berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch weiterhin erfüllen. Soweit eine Pflegeeinrichtung einen Leistungs- und Qualitätsnachweis nach § 113 vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt, ist dies bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang der Prüfungen nach Satz 1 angemessen zu berücksichtigen.
- (2) Bei teil- oder vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Zustimmung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.
- (3) Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit der Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches erbringt, sind diese in die Prüfung nach Satz 1 einzubeziehen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. Im Übrigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe des Heimgesetzes durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heims auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) Soweit ein Pflegebedürftiger in den Fällen der Absätze 2 und 3 die Zustimmung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden.

(6) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

(1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Sozialhilfeträgern sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch sonstige Qualitätsprüfer nach diesem Buch durchgeführt werden. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 oder 2 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen. § 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung. Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden.

Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(4) Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.

§ 116 Kostenregelungen

(1) Die notwendigen Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach § 113 sind von dem Träger der geprüften Pflegeeinrichtung zu tragen. Sie sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

(2) Für die Prüfkosten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung nach § 115 Abs. 3 Satz 3 trägt der Träger der Pflegeeinrichtung, soweit die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet; andernfalls sind sie von den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien gemeinsam zu tragen. Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte

1. für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie
2. für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu regeln. In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113) und der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

§ 118 Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege zu erlassen. Die Rechtsverordnung gilt für alle Personen und Stellen, die Qualitätsberatungen oder -prüfungen nach diesem Buch durchführen, sowie für alle Behörden, Leistungsträger und Einrichtungsträger oder deren Verbände, die an der Qualitätssicherung nach diesem Buch beteiligt sind.

(2) Die Rechtsverordnung regelt insbesondere:

1. Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der ihren Trägern obliegenden Leistungs- und Qualitätsnachweise,
2. das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie Qualitätsprüfungen
 - a) im Bereich der allgemeinen Pflegeleistungen,
 - b) bei teil- oder vollstationärer Pflege zusätzlich in den Bereichen der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie der Zusatzleistungen, jeweils unterteilt nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
3. die Prüfverfahren einschließlich der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen,
4. die Qualifikation der mit Qualitätsprüfungen beauftragten Sachverständigen oder Prüfstellen,
5. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von Sachverständigen und Prüfstellen durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen nach § 113 Abs. 2 einschließlich der fachlichen Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie
6. die Anforderungen für die Einholung der Zustimmung Pflegebedürftiger oder deren Ersetzung nach § 114 Abs. 2, 3 oder 5. Dabei ist zu beachten, dass Beratungen und Prüfungen in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung nur durch Pflegefachkräfte oder Ärzte durchgeführt werden dürfen, die in der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1 geschult sind.

(3) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, unabhängige Sachverständige sowie die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene anzuhören. Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

(4) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen erstmals zum 31. Dezember 2003, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Der Medizinische Dienst der

Spitzenverbände der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den zuständigen Länderministerien vor.

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, beginnt der Lauf der Frist nach Satz 2 erst mit Aushändigung des Vertrages.

(3) In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.

(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.

Allgemeine Informationen zur Gewerbeanmeldung

Eine neue Tätigkeit als selbständiger Unternehmer muss zunächst bei der Stadt- oder Gemeindeverwaltung angemeldet werden. Dazu benötigen Sie ein Formblatt mit mehreren Durchschlägen, das Ihnen bei den Ämtern ausgehändigt wird. Mit der Gewerbeanmeldung wird zugleich auch die Anmeldung beim Finanzamt, der Berufsgenossenschaft und der für Sie zuständigen Industrie- und Handelskammer bewirkt.

Die Pflicht zur Gewerbeanmeldung beruht auf Gesetzen, deren wichtigstes die Gewerbeordnung (GewO) ist. Dieses Gesetz sollten Sie mindestens in seinen Grundzügen kennen. Es wird von einer ganzen Reihe branchenspezifischer Gesetze begleitet, denen Sie bei Ihrer gewerblichen Tätigkeit immer wieder begegnen werden. Eine Gewerbeanmeldung ist immer davon abhängig, ob Sie zur Gewerbesteuer veranlagt werden. Diese Entscheidung trifft das Finanzamt. In der Regel besteht diese Veranlagung dann, wenn hauswirtschaftliche Pflegearbeiten durchgeführt werden. Die „Pflege am Menschen“ setzt voraus, dass ein staatlich anerkannter Berufsabschluss nachgewiesen werden kann. Ist dies der Fall, liegt in der Regel eine Tätigkeit vor, die nicht beim Gewerbeamt, sondern mit einer Genehmigung durch das Sozialministerium beim Finanzamt angemeldet werden muss. Werden jedoch diese Pflegemaßnahmen hauptsächlich durch Mitarbeiter ausgeführt, dann kann man davon ausgehen, dass das Unternehmen gewerblich geführt wird.

Bei der IHK werden Sie kraft Gesetzes Mitglied, wenn Sie eine gewerbliche Tätigkeit aufnehmen. Verwechseln Sie diese Zugehörigkeit zu einer Kammer daher nicht mit der freiwilligen Mitgliedschaft in einem Wirtschaftsverband.

Die Handelsregistereintragung

Haben Sie die Absicht, von Anfang an größer in ein Geschäft einzusteigen, indem Sie zum Beispiel in größerem Umfang haftendes Kapital von anderen Leuten in Anspruch nehmen, mehrere Mitarbeiter beschäftigen, regelmäßig am Zahlungsverkehr mit Wechseln teilnehmen und entsprechend hohe Umsätze erwarten, dann müssen Sie Ihr Unternehmen in das Handelsregister eintragen lassen. Das Handelsregister wird beim zuständigen Registergericht (i.d.R.) Amtsgericht geführt. Die Anmeldung muss von einem Notar beglaubigt werden.

Eingetragen in das Handelsregister wird u.a. die Firma, d.h. der Name Ihres Unternehmens. Er darf nicht zur Täuschung geeignet sein und muss, wenn Sie eine Gesellschaft gründen wollen, immer einen entsprechenden Gesellschaftszusatz erhalten.

Für Ihre Entscheidung, welche Unternehmensform Sie wählen, ist Voraussetzung, dass Sie bereits entschieden haben, ob Sie in Ihrer Firma allein bestimmen wollen und damit auch die alleinige Verantwortung tragen oder ob Sie andere Personen an

Ihrem Unternehmen beteiligen wollen, die Ihnen dafür Kapital zur Verfügung stellen, Risiko und Gewinn mit Ihnen teilen, aber eben auch u. U. im Geschäft mitreden wollen.

Die IHK steht Ihnen bei diesen Entscheidungen gern beratend zur Seite. Außerdem können Sie bei uns entsprechende Broschüren anfordern.

Aber auch steuerliche Aspekte können bei der Wahl der Rechtsform entscheidend sein. Dazu sollten Sie zweckmäßigerweise einen Steuerberater befragen.

Bei der Führung des Handelsregisters wirken die Industrie- und Handelskammern mit. Lassen Sie sich von unserer Rechtsabteilung beraten, bevor Sie Ihre Firma in das Handelsregister eintragen lassen. Wir können Ihnen genau sagen, was Sie auf Ihr Firmenschild, die Geschäftspapiere etc. schreiben dürfen und was nicht. Da die Vorschriften sehr streng sind, bewahren Sie sich vor Schaden, wenn Sie sich rechtzeitig erkundigen.

Checkliste für Existenzgründer in Pflegeberufen

1. Melden Sie Ihr Unternehmen bei der zuständigen Ordnungsbehörde an.
2. Fordern Sie rechtzeitig die erforderlichen Unterlagen zum Abschluss von Verträgen mit den Kranken- und Pflegekassen bei diesen an.
Diese Unterlagen erhalten Sie auch beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. mit entsprechenden Hilfestellungen zur Antragsstellung.
3. Bei Gründung einer Firma im Sinne des HGB müssen Sie die Eintragung in das Handelsregister beim zuständigen *Amtsgericht* in öffentlich beglaubigter Form (Notar) veranlassen.
4. Melden Sie sich beim *Arbeitsamt*, wenn Sie Angestellte beschäftigen – Sie erhalten dann eine Betriebsnummer – und informieren Sie die zuständige *Krankenkasse | Ersatzkasse | Rentenversicherung* über die bei Ihnen beschäftigten Arbeitnehmer.
5. Falls erforderlich, müssen Sie auch die zuständigen *Gewerbeaufsichtsbehörden / Technischen Überwachungsvereine* über die Aufnahme der gewerblichen Tätigkeit unterrichten.
6. Informieren Sie rechtzeitig die *Versorgungsunternehmen* für Strom, Wasser, Heizung, Abwasser, Müll usw. und fragen Sie, ob besondere Auflagen bestehen und die Versorgung gesichert ist.
7. Denken Sie daran, rechtzeitig *Telefon- und Fax-Anschlüsse* zu beantragen sowie Fragen des *Postfaches*, des *Postscheckkontos*, der *Postvollmacht* und der *Telegrammadresse* zu klären.
8. Richten Sie bei der *Bank / Sparkasse* ein Firmenkonto ein und klären Sie die Bankvollmacht.
9. Lassen Sie sich frühzeitig über alle notwendigen Versicherungen von einem unabhängigen Versicherungsberater aufklären und schließen Sie die entsprechenden Verträge mit einer *Versicherungsgesellschaft* ab.
10. Vergessen Sie nicht, den *Firmennamen* und/oder Namen des Inhabers am Eingang Ihres Unternehmens gut sichtbar anzubringen. Dabei sind aber die landesbaurechtlichen Bestimmungen (u. U. auch die Werbesatzung des Ortes) zu beachten.
11. Sollten Sie öffentliche Fördermittel benötigen, informieren Sie sich rechtzeitig bei kompetenten Beratern über die Möglichkeiten. Einige Anschriften hierzu finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Wo Sie weitere Informationen erhalten

Ansprechpartner:

IHK zu Schwerin
Postanschrift: Postfach 11 10 41
19010 Schwerin
Adresse: Graf-Schack-Allee 12
19053 Schwerin
Tel.: 0385 5103-0
Fax.: 0385 5103-9100
email: info@schwerin.ihk.de
URL: <http://www.ihkzuschwerin.de>

bpa Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste e. V.
Landesgeschäftsstelle Mecklenburg-Vorpommern
Am Hang 32
19063 Schwerin
Tel.: 0385 3992790
Fax: 0385 3992799
e-mail: mecklenburg-vorpommern@bpa.de
Internet: www.bpa.de

Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 124
19055 Schwerin
Tel.: 0385 588-0
Fax.: 0385 588-9099

Landesverbände der Pflegekassen in Mecklenburg-
Vorpommern
c/o AOK Mecklenburg-Vorpommern
Am Grünen Tal 50
19063 Schwerin
Tel.: 0385 3080

Landesversorgungsamt
Mecklenburg-Vorpommern
Postanschrift: Postfach 16 11 611
18024 Rostock
Adresse: Erich-Schlesinger-Straße 35
18059 Rostock
Tel.: 0381 122-289
Fax: 0381 122-2910

Versorgungsamt Schwerin
Postanschrift: Postfach 15 02 43
19032 Schwerin
Adresse: Friedrich-Engels-Straße 47
19061 Schwerin
Tel.: 0385 3991-0
Fax: 0385 3991-105

Wirtschaftsministerium
Mecklenburg-Vorpommern
Postanschrift: 19048 Schwerin
Adresse: Johannes-Stelling-Straße 14
19053 Schwerin
Telefon-Zentrale: 0385 588-0
Fax: 0385 588-5861/5862

Landesförderinstitut Mecklenburg-Vorpommern
Postanschrift: Postfach 16 02 55
19092 Schwerin
Adresse: Werkstraße 213
19061 Schwerin
Tel.: 0385 6363-0
Fax: 0385 6363-1212
e-mail: info@lfi-mv.de
Existenzgründertelefon: 0385
6363-1282