

Sonja Laag, Rolf Müller



Flickenteppich Pflege

Eine Bestandsaufnahme der ambulanten Pflege



Hintergrund

Die Herausforderungen in der Pflege sind vielfältig und grundlegend. Neben der Finanzierungssituation in der Pflegeversicherung und den hohen Eigenanteilen der Versicherten in Pflegeheimen ist insbesondere der Personalmangel zu nennen. Neben dem Tariftreuegesetz (2022) für eine bessere Bezahlung adressierte der Gesetzgeber mit dem Pflegeberufegesetz (PfIBG, 2020) und dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PfIStudStG, 2023) auch die berufsrechtliche Modernisierung des Pflegebildungssystems. Die aktuellen Gesetzesentwürfe über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2025) und zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (Bundesministerium für Gesundheit, 2025; beide Kabinettsbeschluss 6. August 2025) sollen dazu dienen, den Pflegeberuf zu stärken, indem unter anderem mehr Eigenständigkeit

zur professionellen Berufsausübung nach dem jeweiligen Qualifikationsgrad ermöglicht wird.

„Pflege kann mehr, als sie darf“, heißt es seit vielen Jahren von Seiten des Deutschen Pflegerats (DPR) und des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) e. V., denn eine höhere Qualifikation können Pflegefachpersonen derzeit im Versorgungsalltag nicht einbringen. Aber was genau ist dieses „Dürfen“ in Anbetracht der gegenwärtigen Grundlagen? Versuche eines „mehr Dürfens“ unter den Bedingungen von Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V/§ 64d SGB zur „Heilkundeübertragung“, sprich einer Übertragung ärztlicher Leistungen auf Pflegefachpersonen, sind seit ihrer Initiierung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und der hierzu in 2012 verabschiedeten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgrund der komplexen Rahmenbedingungen nicht in der Versorgungspraxis angekommen.



Der Beitrag möchte im Sinne einer Bestandsaufnahme die gegenwärtigen Rahmenbedingungen für die ambulante Berufspflege aufzeigen. Diese muss gleichzeitig vor allem nach zwei unterschiedlichen Rechtskreisen handeln, und zwar nach dem Sozialgesetzbuch V für die Krankenversicherung (SGB V) und dem SGB XI für die Pflegeversicherung. Für die Entwicklung zukünftiger Leistungskataloge und neuer Verträge, wie sie unter anderem Ziel der aktuellen Gesetzesvorhaben sind, sollten die gegenwärtigen Bedingungen reflektiert werden.

Vorgehensweise

Aufgrund der Komplexität und Breite des Themas bezieht sich die Bestandsaufnahme auf die ambulante medizinisch-pflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V/§132a SGB V (fortan HKP) und die ambulante Pflege in der Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI/§ 72 SGB XI (fortan SGB-XI-Pflege) durch Pflegedienste. Skizziert werden Spezialisierungsentwicklungen in der HKP wie auch Aspekte ihrer Leistungserbringung in der stationären Langzeitversorgung.

Es gibt nicht viele Möglichkeiten, die „Kompetenzanbringung“ in der pflegerischen Versorgung empirisch zu erfassen, sozusagen die pflegerischen Bedarfe und Tätigkeiten sowie die Pflegequalität auf Datengrundlage sichtbar zu machen. Die besten Möglichkeiten zur quantitativen Darstellung sind noch mit der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts und mit den Routineabrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekasse (hier: BARMER) gegeben. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das SGB XI Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung mit dem Pflegebegutachtungsinstrument erfasst (Medizinischer Dienst, 2025) (Brühl & Planer, 2019; Läßle, 2022), das sich auch verändern kann. 2017 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu gefasst, um den Fokus von der verrichtungsbezogenen zur aktivierenden Pflege zu lenken (Büscher et al., 2018). Mit dem geplanten Befugnisergänzungsgesetz soll der Pflegebedürftigkeitsbegriff erneut überprüft werden. Weiterhin wurden für den Beitrag die für die Versorgung geltenden Rechtsgrundlagen gesichtet.

G-BA-Richtlinien und Rahmenempfehlungen sind öffentlich zugänglich, nicht aber alle Rahmen- und Musterverträge, weshalb hierzu eine BARMER-interne Abfrage erfolgte.

Unter Pflegekompetenz wird an dieser Stelle der formale Bildungsabschluss verstanden, und zwar ohne Weiter- und Fortbildung, da es für diese in der Berufspflege keine bundesweit einheitliche Struktur gibt, die ein strukturiertes Aufgreifen von Informationen hierzu ermöglichte. Unter Pflegekompetenz werden weiterhin die Verbindung zwischen formaler Qualifikation und ausgeübter Tätigkeit sowie Aspekte der pflegerischen Leistungserbringung hinsichtlich des Zugangs und der Ausübung verstanden. Diese Zuordnungen sind vor dem Hintergrund der eingeschränkten Verfügbarkeit strukturierter Informationen und Daten zu sehen, wie sie im Verlauf des Beitrags aufgezeigt werden.

Pflegestatistik und Routinedaten

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird seit 1999 zweijährlich im Dezember durch das Statistische Bundesamt erhoben und bezieht sich auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland inklusive der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung. Sie liefert Informationen über die Pflegeeinrichtungen, das Personal darin sowie über die Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen der Pflegeversicherung. Die Pflegebedürftigen lassen sich nach den Pflegegraden und den in Anspruch genommenen Leistungen (Pflegedienst, vollstationäre Pflege, Pflegegeld und so weiter) unterscheiden. Das Personal wird in der Pflegestatistik nach Berufsgruppen, dem Tätigkeitsbereich, der Arbeitszeit und den Einrichtungsarten differenziert. Eine direkte Zuordnung zu pflegerischen Tätigkeiten ist damit nicht gegeben, auch nicht in Korrespondenz zu den Bedarfen der einzelnen Pflegebedürftigen, wie sie nach dem SGB XI definiert werden. Möglich ist eine regionale Gegenüberstellung des gesamten Pflegepersonals nach Qualifikationsniveau (QN), gewichtet nach der Arbeitszeit und der Gesamtheit der Pflegebedürftigen innerhalb der Region in der Summe ihres Bedarfs.

Die BARMER-Abrechnungsdaten haben gegenüber der Pflegestatistik den Vorteil, dass auch sektorübergreifend Zusammenhänge dargestellt werden können. Hiermit sind die Gleichzeitigkeiten von Leistungen nach SGB XI und SGB V wie Pflegegrade, Inanspruchnahmen von SGB-XI-Leistungen zusammen mit HKP darstellbar. Die Alters- und Geschlechterstruktur der BARMER-Versicherten unterscheiden sich teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands. Um diesbezügliche Verzerrungen zu verringern, wurden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Fünf-Jahres-Alterskategorien, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung Deutschlands der jeweiligen Jahre (Statistisches Bundesamt, 2025) hochgerechnet.

Informationen über die Leistungsanbieter und deren Personal können nicht über die BARMER-Routinedaten abgebildet werden. Das nach § 293 Absatz 8 SGB V geregelte Beschäftigtenverzeichnis der ambulanten Pflege (BeVaP) ist auf Bundesebene noch nicht abschließend umgesetzt. Nach diesem müssen sich ambulante Pflege- und Betreuungsdienste oder deren Träger, die Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege erbringen, in das Verzeichnis eintragen, damit Beschäftigte automatisch eine lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR) erhalten. Diese soll im Rahmen der Umstellung auf eine papierlose elektronische Abrechnung die bisher geübten Verfahren der Übermittlung von handschriftlich abgezeichneten Leistungsnachweisen und Handzeichenlisten ablösen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025).

Rechtsgrundlagen (Richtlinien, Rahmenempfehlungen, Verträge, Vereinbarungen)

Das pflegefachliche „Dürfen“ und „Nichtdürfen“ wird in Deutschland seit jeher durch und mit dem Leistungsrecht der einzelnen Sozialgesetzbücher festgelegt,

insbesondere mit dem SGB V und SGB XI. Die Regeln finden sich vor allem in den dort etablierten untergesetzlichen Normen, die durch die Selbstverwaltungspartner in Form von Richtlinien, Rahmenempfehlungen, Rahmenverträgen, Versorgungsverträgen und Vereinbarungen verabschiedet werden.

Neuere Pflegeinhalte werden unter anderem in unterschiedlichen Instituten erarbeitet, wenn zum Beispiel politische Erfordernisse bestehen. So wurden die Leistungsbeschreibungen zur Heilkundeübertragung von einer Fachkommission im Bundesinstitut für Berufsbildung und der dort angesiedelten Fachkommission nach § 53 Bundespflegeberufegesetz (PflBG) als „Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben“ (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2022) entwickelt. Sogenannte „Expertenstandards in der Pflege“, wie es sie für Prophylaxen (zum Beispiel Sturzvermeidung, Kontinenzförderung, Dekubitusprophylaxe) gibt, werden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegeben. Eine Bestandsaufnahme über die 27 unterschiedlichen Regelungen zur Ausbildung der Pflegefachassistenz, die nun mit dem erwähnten Pflegefachassistenzgesetz einheitlich geregelt werden sollen, wurde ebenfalls vom BIBB (Jürgensen, 2023) vorgenommen. Mit der Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus haben sich das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. und die Katholischen Krankenhäuser (Think Tank Vorbehaltsaufgaben & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., 2024) befasst. Im Auftrag des Deutschen Pflegerats e. V. hat die Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) eine Studie zur Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID I und II) vorgelegt (Genz & von Gahlen-Hoops, 2024).

Ausschnitt gewählt: HKP, ambulante und stationäre Langzeitpflege

Aus der Sicht des Pflegeberufs wäre eine setting- und sektorenunabhängige Betrachtung wichtig, vor allem auch mit Blick auf die Ambulantisierung der Medizin (IGES, 2022) und die Krankenhausreform. Nach der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur für Arbeit, 2025) sind in Deutschland 1,72 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Pflege tätig, von denen mit 714.000 Personen der überwiegende Teil im Krankenhaus arbeitet. Mit dem Befugnis-erweiterungsgesetz ist zum Beispiel mit § 112a SGB V auch dort die eigenverantwortliche Leistungserbringung adressiert. Vor dem Hintergrund der Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen (BARMER, 2025) befasst sich der Beitrag mit dem Nebeneinander von HKP und SGB-XI-Pflege, was als erster Schritt für weitere Analysearbeiten gesehen werden kann, auch wenn Grundlagen für eine sektorenübergreifende Versorgung zu entwickeln sind. Schon die HKP und die SGB-XI-Pflege sind leistungsrechtlich sehr vielschichtig und es ist wichtig, sie zunächst in ihrer Entstehung zu verstehen. Dies gilt insbesondere für die HKP nach § 37 SGB V, die verschiedene Versorgungsarten beinhaltet. Der Beitrag bezieht sich auf die Behandlungspflege im Rahmen der HKP (§ 37 SGB V Abs. 2 Satz 1), nicht auf die nachfolgend kurz skizzierten „Verfeinerungen“ in der HKP (Wundversorgung/psychiatrische HKP) und auch nicht auf die rechtlich „ausgekoppelte“ Soziotherapie und spezialisierte Palliativversorgung.

Palliativversorgung: Aus der HKP herausgelöst und in eine eigene Rechtsnorm überführt wurden spezialisierte palliativpflegerische Tätigkeiten. So können qualifizierte Pflegedienste neben der „normalen“ HKP-Behandlungspflege (§ 37 SGB Abs. 2 Satz 1) seit 2007 als Teil eines interprofessionellen SAPV-Teams auch Leistungen über die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV § 37 b SGB V/§ 132 d SGB V) erbringen, für die sowohl eine G-BA-Richtlinie als auch ein ärztlicher Verordnungsvordruck (Muster 63; s. KBV-Mustervordrucke) die Inhalte regeln. Ausführlichere Informationen zur Palliativversorgung bietet der **pallCompare Monitor zur Hospiz- und Palliativversorgung**.

Außerklinische Intensivpflege: Mit Einführung des Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG) im Jahr 2020 wurde auch die außerklinische Intensivpflege (AKI) aus der häuslichen Krankenpflege herausgelöst und mit § 37 c SGB V in eine eigenständige Gesetzesnorm überführt. Für die AKI besteht seit 2022 eine eigene G-BA-Richtlinie sowie ein dafür vorgesehener Verordnungsvordruck (Muster 62B, KBV-Mustervordrucke). Bis zum 31. Dezember 2023 wurden die Maßnahmen im Rahmen häuslicher Krankenpflege erbracht beziehungsweise verschlüsselt. Seit dem 1. Januar 2024 kann es häusliche Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen (im Sinne von § 43 SGB XI) nicht mehr geben. An die Stelle der HKP ist die AKI getreten. Häusliche Krankenpflege kann somit nur noch – unter bestimmten Voraussetzungen – in Behindertenhilfeeinrichtungen im Sinne von § 43b SGB XI gewährt werden, und dies nur für aufwändige Maßnahmen der Behandlungspflege.

Wundversorgung: Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden (§ 37 Abs. 7 SGB V) wird seit einer Änderung der HKP-RL im Jahr 2019 weiter über Muster 12 ärztlich verordnet, hierfür sind aber eigene Qualifikationsanforderungen an die Pflege definiert, und die Leistungserbringung erfolgt durch spezialisierte Dienste und Wundzentren auf Grundlage separater Verträge.

Psychiatrische Versorgung: Eine G-BA-Richtlinie und einen Verordnungsvordruck (Muster 25–27, KBV-Mustervordrucke) gibt es seit 2001 für die Soziotherapie nach § 37a SGB V. Soziotherapie soll Patienten und Patientinnen mit stark ausgeprägten psychiatrischen Krankheitsbildern in der Inanspruchnahme ihrer Behandlungs- und Therapiemaßnahmen unterstützen, um Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der ebenfalls ärztlich zu verordnenden psychiatrischen HKP (pHKP § 37 SGB), für die hier auf dem Muster 12 spezifische Diagnosen angegeben werden müssen.

Für eine quantitative Annäherung an die berufliche Pflegekompetenzabbildung in der ambulanten Versorgungssituation wird zunächst die Zahl der ambulanten Pflegedienste und der durch sie versorgten Menschen aufgezeigt. Obwohl in den ostdeutschen Ländern mehr Personal je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner vorhanden ist, gibt es in diesen Ländern weniger Personal je 1.000 Pflegebedürftige mit ambulanter Pflege

(Tabelle 1). Dies liegt auch an der deutlich höheren Pflegequote in den ostdeutschen Bundesländern (Tabelle 3).

Für eine quantitative Annäherung an die berufliche Pflegekompetenzabbildung in der vollstationären Versorgungssituation wird zunächst die Zahl der Pflegeheime und der durch sie versorgten Menschen aufgezeigt (Tabelle 2).

Tabelle 1: Versorgung durch ambulante Pflegedienste im Jahr 2023

Region	Pflegedienste	Pflegebedürftige nach SGB XI je Pflegedienst	Personal in VZÄ	Einwohnerinnen und Einwohner in Tausend	Personal in VZÄ je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Pflegebedürftige in ambulanter Pflege	Personal in VZÄ je 1.000 Pflegebedürftige
Deutschland	15.549	70,8	310.665	84.669	3,7	1.100.672	282
Baden-Württemberg	1.297	79,2	25.849	11.339	2,3	102.736	252
Bayern	2.173	58,2	38.612	13.435	2,9	126.418	305
Berlin	670	65,4	18.351	3.782	4,9	43.847	419
Brandenburg	801	62,2	15.258	2.582	5,9	49.829	306
Bremen	106	87,9	2.691	692	3,9	9.320	289
Hamburg	396	65,5	9.483	1.910	5	25.947	365
Hessen	1.367	54,5	22.969	6.421	3,6	74.503	308
Mecklenburg-Vorpommern	522	67,6	10.049	1.629	6,2	35.282	285
Niedersachsen	1.409	82,3	31.013	8.162	3,8	116.020	267
Nordrhein-Westfalen	3.205	74,9	65.842	18.190	3,6	240.078	274
Rheinland-Pfalz	591	84	11.929	4.174	2,9	49.670	240
Saarland	133	89,6	2.590	994	2,6	11.921	217
Sachsen	1.154	76,7	22.528	4.089	5,5	88.478	255
Sachsen-Anhalt	650	72,3	11.654	2.180	5,3	47.012	248
Schleswig-Holstein	573	65,1	11.067	2.966	3,7	37.328	296
Thüringen	502	84,2	10.782	2.122	5,1	42.283	255

Quelle: Statistisches Bundesamt (2024); eigene Berechnungen

Tabelle 2: Versorgung durch Pflegeheime im Jahr 2023

Region	Pflegeheime mit Dauerpflege	Plätze für Dauerpflege	Einwohnerinnen und Einwohner in Tausend	Plätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Pflegebedürftige vollstationär	Auslastung in Prozent
Deutschland	11.250	874.562	84.669	10,3	799.591	91,4
Baden-Württemberg	1.526	98.517	11.339	8,7	92.908	94,3
Bayern	1.467	124.563	13.435	9,3	110.844	89
Berlin	280	30.178	3.782	8	27.699	91,8
Brandenburg	341	26.160	2.582	10,1	23.693	90,6
Bremen	94	6.547	692	9,5	5.786	88,4
Hamburg	152	16.612	1.910	8,7	14.416	86,8
Hessen	820	62.041	6.421	9,7	57.322	92,4
Mecklenburg-Vorpommern	265	20.724	1.629	12,7	19.015	91,8
Niedersachsen	1.409	105.539	8.162	12,9	93.678	88,8
Nordrhein-Westfalen	2.244	177.765	18.190	9,8	169.213	95,2
Rheinland-Pfalz	464	42.791	4.174	10,3	37.073	86,6
Saarland	164	13.177	994	13,3	11.668	88,5
Sachsen	697	54.837	4.089	13,4	49.676	90,6
Sachsen-Anhalt	437	30.900	2.180	14,2	28.258	91,4
Schleswig-Holstein	537	37.394	2.966	12,6	33.957	90,8
Thüringen	353	26.817	2.122	12,6	24.385	90,9

Quelle: Statistisches Bundesamt (2024)

Wie verteilt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI auf die Regionen und welche Unterschiede gibt es in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen? Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Pflegequote lag im Jahr 2023 nach der Pflegestatistik im

Bundesgebiet bei 6,72 Prozent und in den Bundesländern zwischen 4,70 Prozent in Bayern und 9,37 Prozent in Sachsen-Anhalt (Tabelle 3). Dies ist zu einem Teil durch die unterschiedliche Altersverteilung (Statistisches Bundesamt, 2025) und die Sozialstruktur bedingt.

Tabelle 3: Pflegebedürftige und Pflegequoten in den Bundesländern 2023 in Prozent

Region	Pflegebedürftige			Pflegequote* in Prozent
	gesamt	mit Pflegedienst	vollstationär	
Deutschland	5.688.473	1.100.672	799.591	6,72
Baden-Württemberg	624.831	102.736	92.908	5,51
Bayern	631.273	126.418	110.844	4,7
Berlin	211.999	43.847	27.699	5,61
Brandenburg	214.072	49.829	23.693	8,29
Bremen	47.628	9.320	5.786	6,89
Hamburg	96.606	25.947	14.416	5,06
Hessen	423.378	74.503	57.322	6,59
Mecklenburg-Vorpommern	139.872	35.282	19.015	8,58
Niedersachsen	623.071	116.020	93.678	7,63
Nordrhein-Westfalen	1.387.134	240.078	169.213	7,62
Rheinland-Pfalz	271.519	49.670	37.073	6,5
Saarland	80.351	11.921	11.668	8,08
Sachsen	363.243	88.478	49.676	8,88
Sachsen-Anhalt	204.236	47.012	28.258	9,37
Schleswig-Holstein	175.323	37.328	33.957	5,91
Thüringen	193.937	42.283	24.385	9,14

* Bei der Pflegequote handelt es sich um die Zahl der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI je Bevölkerung in Prozent.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2024)

Welche Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, korreliert nicht nur mit der Altersverteilung in den einzelnen Bundesländern. Weitere Gründe für die Wahl der Versorgungsarten liegen auch in der Struktur der familiären Netzwerke (Schneekloth et al., 2017), in der individuellen Einkommenssituation (Unger et al., 2015) sowie in der gegebenen Angebotsstruktur (Rothgang et al., 2016) im ambulanten und stationären Sektor.

Im Resultat zeigen sich auf Grundlage der Pflegestatistik in den einzelnen Bundesländern deutlich unterschiedliche Verteilungen in der Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsleistungen. Während in Bayern und Schleswig-Holstein der Anteil mit vollstationärer Pflege besonders hoch ist, sind in Nordrhein-Westfalen und Hessen besonders hohe Anteile mit Pflegegeldbezug und in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen hohe Anteile mit Pflegesachleistungsbezug zu beobachten (Abbildung 1).

Die größten Abweichungen finden sich bei den ambulanten Pflegesachleistungen sowie bei der vollstationären Pflege. Bei den Pflegesachleistungen liegt der Spitzenwert (Hamburg 26,9 Prozent) um 82 Prozent höher als der niedrigste Wert im Saarland (14,8 Prozent; Baden-Württemberg: 16,4 Prozent → Abweichung 64 Prozent). Bei der stationären Pflege beträgt die Differenz zwischen Schleswig-Holstein (19,4 Prozent) und Brandenburg (11,1 Prozent) ganze 75 Prozent. Inwieweit diese Unterschiede auf das regional vorhandene Angebot zurückzuführen sind oder auf die anderen oben genannten Faktoren, lässt sich an dieser Stelle nicht sicher feststellen. Wie viel Personal in ambulanten Pflegediensten (Tabelle 1) und wie viele Heimplätze je Bevölkerung (Tabelle 2) vorgehalten werden, unterscheidet sich jedenfalls erheblich. Ebenso sind die Pflegeheime auch in unterschiedlichem Ausmaß ausgelastet.

Abbildung 1: Verteilung der Pflegebedürftigen nach SGB XI auf die Versorgungsarten je Bundesland im Jahr 2023



* Pflegegrad 1 ausschließlich mit landesrechtlichen Leistungen oder teilstationärer Pflege, aber ohne sonstige Leistungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b)

Dass etwa der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim in Schleswig-Holstein so hoch ist, liegt nicht an besonders vielen Pflegebedürftigen mit hohem Pflegegrad. Ganz im Gegenteil ist in allen Versorgungsbereichen der durchschnittliche Pflegegrad geringer als im Bundesdurchschnitt. So haben nur 36 Prozent der Pflegebedürftigen in der ausschließlich vollstationären Pflege einen Pflegegrad 4 oder 5. Im Bundesdurchschnitt liegt der Anteil bei 45 Prozent. Dieser Unterschied kann durch die weitaus höhere Kapazität an Heimplätzen in Schleswig-Holstein begründet sein.

Kurz zusammengefasst:

Insgesamt lassen sich eine unterschiedliche Bedarfslage (Zahl der Pflegebedürftigen) sowie eine unterschiedliche Angebotsstruktur und Auslastung in den einzelnen Bundesländern feststellen. Inwieweit die Versorgungslage ausreichend oder bedarfsgerecht ist, lässt sich mit den amtlichen Statistiken nicht erfassen.

Kurze pflegegeschichtliche Einordnung

Die Verortung der pflegerischen Versorgung in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und deren diverse Paragraphen liegt in der historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens begründet. Mit der Schulmedizin und der darin fußenden Professionalisierung der Ärzteschaft und damit zusammenhängender Herausbildung des bismarckschen Krankenversicherungssystems mit Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Ärzteschaft entwickelte sich die Berufspflege über das 20. Jahrhundert entlang des Arztberufs (Döhler, 1997). So ist die HKP-Richtlinie des G-BA bis heute eine, die für Ärztinnen und Ärzte geschrieben ist, was Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der HKP verordnen dürfen, und nicht primär für den Pflegeberuf. Parallel zur medizinsystemischen Behandlungspflege gab es immer über alle Zeiten hinweg die „Akteurin“ Familie als Pflegende und Versorgende für Körperpflege und Hauswirtschaft, damit Kranke zu Hause versorgt sind. Unterstützt wurde dies lange durch Gemeindeschwestern, die für Kirchen und Kommunen tätig waren.

Pflege war in Deutschland bis in die 1960er Jahre stark vom Mutterhaus-System der Katholischen und der Evangelischen Kirche geprägt. Über die Schwesternschaften wurden junge Frauen mittels Gestellungsverträgen in Krankenhäuser und Gemeinden entsandt. Für die Schwestern war Pflege unentgeltlicher Liebesdienst am Menschen: Körperpflege, Hauswirtschaft, Betreuung, und das rund um die Uhr. Neben den kirchlichen Schwestern dienten auch freie, weltliche Schwesternschaften. Im Jahr 1903 gründete die Rotkreuzschwester Agnes Karll die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, den Vorläufer des heutigen DBfK, und erwirkte die Einführung einer dreijährigen Pflegeausbildung mit der Prüfung zur Krankenschwester (Kreutzer, 2005, 2010, 2024; Eylmann, 2015; Hackmann, 2009).

Mit den 1960er Jahren setzte unter den gesellschaftlichen Veränderungen und dem medizinischen Fortschritt die große Umbruchphase in der Pflege ein, womit das Mutterhaussystem an sein Ende kam. Aus dem Liebesdienst wurde ein Frauenberuf mit Ausbildung, Arbeitszeiten und Gehalt. Ehemalige Gemeinbeschwestern wurden von kirchlich und kommunal getragenen Sozialstationen abgelöst, ambulante Krankenpflege wurde Leistung der Krankenversicherung und musste seit den 1980er Jahren nunmehr regelhaft ärztlich verordnet werden. Im Krankenhaus entwickelte sich vor allem durch die Technisierung die Funktionspflege (siehe [Homepage Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste mit den Schwerpunkten Intensiv-, Anästhesie-, OP- und Notfallpflege](#)).

Der Altenpflegeberuf wurde Ende der 1960er Jahre bis in die 1970er Jahre nur in Westdeutschland eingeführt. In Ostdeutschland gab es keine Unterteilung in Kinder-, Kranken- und Altenpflege (Eylmann, 2015). Im Jahr 2020 wurden die drei Pflegeberufe durch die generalistische

Ausbildung zusammengelegt. Reformen der Krankenpflegeausbildung erfolgten vor allem 1957, 1965, 2003 und 2020 (Kreutzer et al., 2025). Das System der Pflegeschulen gehört nicht zum System der dualen Ausbildung in Deutschland, sondern ist ein historisch gewachsenes Sondersystem der Träger (Strünck, 2000). Parallel zur berufsqualifizierenden Ausbildung begann in den 1990er Jahren die Akademisierung der Pflege (Meng et al., 2022).

Im Krankenhaus und in der HKP wird die pflegerische Tätigkeit bis heute als Teil der ärztlichen Krankenbehandlung gesehen, und zwar als sogenannte Behandlungspflege. Ambulant gibt es die HKP seit 1911, damals als Kann-Leistung der Kassen unter „Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger“ in der Reichsversicherungsordnung. Häusliche Krankenpflege galt als Alternative zur Krankenhauspflege, die entweder nicht verfügbar ist oder die nur für eine kurze Zeit beansprucht werden sollte (Dangel & Korporal, 2020 und 2022; Historisches Fachmagazin für Pflege- und Gesundheitsberufe, 2024).

Pflegerische Tätigkeiten, die nicht zur ärztlichen Krankenbehandlung gezählt werden, wie tägliche Verrichtungen in Form der Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Mobilisation waren immer vorrangig Aufgabe der Familien als „Grundpflege“. Hierzu gehören auch hauswirtschaftliche Leistungen wie Einkaufen, Reinigen, Kochen, um das Verbleiben der kranken Person in der Häuslichkeit zu sichern. Eine sprachliche und definitorische Differenzierung, wie es sie im Englischen mit Nursing und Care gibt, existiert für die deutsche Sprache nicht, in der so unterschiedliche Tätigkeiten wie Katheterisierung, Einkaufen oder regionale Netzwerkbildung unter „Pflege“ gefasst werden. Diese systemisch angelegte Unschärfe führte und führt im Rahmen der Heilkundeübertragungsdiskussion auch zu dem Versuch

einer definitorischen Trennung von „pflegerischen“ und „heilkundlichen“ Tätigkeiten sowie auch zu Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der Berufs- und Angehörigenpflege. Der oft gebrauchte Begriff der „Pflegekraft“ oder „Pflegefachkraft“ hat sich als Überbegriff unterschiedlichster Qualifikationsniveaus und Tätigkeiten in der deutschen Versorgung eingebürgert, obgleich dies keine Bezeichnung ist, die auf einer offiziellen Berufsurkunde steht.

Insbesondere auch die Versorgungssituationen nach Krankenhausbehandlungen bei älteren Menschen führten in den 1970er Jahren zur Diskussion um die Absicherung des Pflegerisikos älterer Menschen. 1974 wurde sie durch ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe „Über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen“ politisch angestoßen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1974). Nach 20 Jahren führte diese Diskussion 1995 zur Einführung der Pflegeversicherung.

Beschreibung der häuslichen Krankenpflege

Richtlinie

Die erste HKP-Richtlinie wurde im Jahr 2000 durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2000 (G-BA, 2025) als ein bundesweit gültiges Regelwerk verabschiedet. Davor existierte in allen Bundesländern eine einzelvertraglich gewachsene Leistungspraxis zwischen Kostenträgern und Leistungs-

erbringern. Ziel der HKP war und ist es, eine ärztliche Behandlung in der Häuslichkeit zu sichern beziehungsweise dass Menschen nicht ins Krankenhaus müssen und teure Krankenhausbehandlungen verhindert werden. Hierfür sollen vor allem auch die im Haushalt lebenden Angehörigen vom Pflegepersonal befähigt werden, pflegerische Maßnahmen zu übernehmen.

Die HKP muss von einem Arzt beziehungsweise einer Ärztin auf dem dafür vorgesehenen Mustervordruck 12 (Abbildung 2) verordnet werden (KBV, 2025). Der Arzt beziehungsweise die Ärztin legt damit Art, Zeitraum, Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen fest, die in der HKP-RL in Form eines Leistungsverzeichnisses aufgeführt sind.

In diesem Leistungsverzeichnis (Tabelle 4) sind einzelne pflegerische Leistungen in durchnummerierter Form aufgeführt. Mit Stand vom 15. Mai 2025 weist das Leistungsverzeichnis der HKP-RL Leistungsbeschreibungen auf Überschriftenebene aus, ergänzt um Erläuterungen zur Leistung und zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahme. Tabelle 4 zeigt die Gliederungsstruktur am Beispiel der Nummer 3: Ernährung. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021 (GVWG) können qualifizierte Pflegefachpersonen seit dem 1. Juli 2024 für bestimmte Leistungen nach ärztlicher Indikationsstellung die notwendige Dauer und Häufigkeit einer ärztlich verordneten Maßnahme selbst feststellen. Diese Leistungen sind im Leistungsverzeichnis zur HKP-RL gekennzeichnet, siehe Gliederungsmuster der Tabelle 4. Dort ist eine „Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegekraft möglich: ja/nein?“ aufgeführt.

Abbildung 2: Ärztliches Verordnungsmuster 12 für häusliche Krankenpflege

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung häuslicher Krankenpflege 12	
Name, Vorname des Versicherten		Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)	
geb. am		1	
Kostenträgerkennung		Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)	
Versicherten-Nr.		2	
Status			
Betriebsstätten-Nr.		Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer	
Arzt-Nr.		vom 6 TTMMJJ bis TTMMJJ	
Datum			
3 Erstverordnung			
4 Unfall			
5 SER			
3 Folgeverordnung			
9 Behandlungspflege		7 Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung	
10 Medikamentengabe,		Häufigkeit 8 Dauer (TTMM)	
10 Präparate		tgl. wtl. mtl. vom bis	
Herrichten der Medikamentenbox			
Medikamentengabe			
Injektionen			
herrichten			
intramuskulär			
subkutan			
11 Blutzuckermessung			
Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)			
bei intensivierter Insulintherapie			
12 Kompressionsbehandlung			
Kompressionsstrümpfe anziehen			
Kompressionsverbände anlegen			
stützende und stabilisierende Verbände, Art			
13 Wundversorgung			
Wundart			
Lokalisation		aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	
Präparate, Verbandmaterialien		aktueller Grad	
Wundversorgung akut			
Wundversorgung chronisch			
14 Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege			
15 Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)		Anzahl	
16 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung			
17 Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V		Häufigkeit Dauer	
18 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V		tgl. wtl. mtl. vom bis	
19 Grundpflege			
20 hauswirtschaftliche Versorgung			
Weitere Hinweise		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Ausfertigung für die Krankenkasse		Muster 12a (7.2024)	

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung – Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Stand: April 2025)

Tabelle 4: Aufbau des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL (Stand 15. Mai 2025)

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme	Festlegung von Häufigkeit und Dauer durch Pflegekraft möglich: ja/nein?
3	Ernährung beinhaltet:			
	▪ Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfe bei			ja, sofern orale Zufuhr erfolgt
	▪ Verabreichen von Sondennahrung über Magensonde, Katheter-Jejunostomie (zum Beispiel Witzel-Fistel), perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe, Überprüfung der Lage der Sonde, Spülen der Sonde nach Applikation, gegebenenfalls Reinigung des verwendeten Mehrfachsystems,	siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Medikamentengabe (Nr. 26)		nein
	gegebenenfalls einschließlich			
	▪ pflegerischer Prophylaxen (pflegerische Leistungen zur Vorbeugung von zum Beispiel Kontraktur, Obstipation, Parotitis, Pneumonie, Soor, Thrombose, Hornhautaustrocknung, Intertrigo),			
	▪ Dekubitusprophylaxe, wenn Hautdefekt noch nicht besteht (zum Beispiel wirksame Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr),			
	▪ Lagern (Flachlagerung, Oberkörperhochlagerung, Bauchlagerung, Beintieflagerung, Beinhochlagerung oder Seitenlagerung (30, 90, 135 Grad), gegebenenfalls unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln),	Ist aus medizinischer Sicht eine besondere Lagerungsform erforderlich, ist dies auf der Verordnung einer anderen Leistung anzugeben.		
	▪ Hilfe zur Verbesserung der Mobilität (im Rahmen der aktivierenden Pflege, zum Beispiel: Aufstehen aus liegender oder sitzender Position in Form von Aufrichten bis zum Stand, Gehen und Stehen, Treppensteigen, Transfer/Umsetzen, Hinsetzen und Hinlegen, Betten einer immobilen Patientin oder eines immobilen Patienten, Lagern, allgemeine Bewegungsübungen).			

Quelle: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), Stand 5. August 2025

Analog dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL sind nachfolgend alle Leistungen der HKP-RL auf Überschriften-ebene aufgeführt. Mit „(ja)“ und „(nein)“ wird dort ausgewiesen, ob die notwendige Festlegung von Häufigkeit und Dauer der Leistung nach ärztlicher Indikationsstellung durch eine Pflegekraft möglich ist, was in dieser Form für die nachfolgende Aufzählung übernommen wurde.

1. Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit (ja)
2. Ausscheidungen (ja)
3. Ernährung (ja, sofern orale Zufuhr erfolgt / nein, Verabreichen von Sondennahrung)
4. Körperpflege (ja)
5. Hauswirtschaftliche Versorgung (ja)
6. Absaugen der oberen Luftwege (ja), Bronchial-toilette (Bronchiallavage) (nein)
7. Anleitung bei Behandlungspflege (ja)
8. Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung (nein)
9. Blasenspülung (nein)
10. Blutdruckmessung (nein)
11. Blutzuckermessung (nein)
- 11a. Interstitielle Glukosemessung (nein)
12. Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung (ja)
13. Drainagen, Überprüfen, Versorgen (ja)
14. Einlauf/Klistier/Klyisma / digitale Enddarm-ausräumung (ja)
15. Flüssigkeitsbilanzierung (nein)
16. Infusionen, intravenös (nein)
- 16a. Infusionen, subkutan (nein)
17. Inhalation (nein)
18. Injektionen (nein)
19. Injektion richten (nein)
20. Instillation (ja)
21. Kälteträger auflegen (ja)
22. Versorgung eines suprabubischen Katheters (ja)
23. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins (ja)
- 24a. Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten (nein)
25. Magensonde, Legen und Wechseln (nein)
26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) (nein)
- 26a. Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose (nein)
27. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung (ja)
- 27a. Psychiatrische häusliche Krankenpflege (nein)
28. Stomabehandlung (ja)
29. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege (nein)
30. Venenkatheter, Pflege des zentralen (ja)
31. Wundversorgung einer akuten Wunde (ja)
- 31a. Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (nein)
- 31b. An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbands (ja)
- 31c. An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktions-sicherung der Gelenke, zum Beispiel bei Distorsion, Kontusion, Erguss (ja)
- 31d. An- und Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung (ja)

Die HKP kann als Erstverordnung für 14 Tage ausgestellt werden, besteht danach weiterer Bedarf, kann sie für eine längere Dauer verordnet werden. Alle Verordnungen müssen von der Kasse genehmigt werden. Die HKP ist in unterschiedliche Versorgungsarten unterteilt. Vorrangig gehört zu diesen die Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V als sogenannte „Sicherungspflege“. Kassen können diesbezüglich in ihren Satzungen bestimmen, dass sie über die Behandlungspflege hinaus auch Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gewähren, um die Versorgung in der Häuslichkeit zu sichern. Weiterhin ist nach § 37 Abs. 1 SGB V die Krankenhausvermeidungspflege möglich, und zwar als Grund- und Behandlungspflege sowie mit Hauswirtschaft, wenn eine akute und behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt, die eine Krankenhausbehandlung gebietet, die aber nicht durchführbar ist, oder wenn eine Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann. Die Dauer ist grundsätzlich auf vier Wochen begrenzt. Voraussetzung für einen Anspruch auf HKP ist immer, dass keine andere Person im

Haushalt die Pflege übernehmen kann. Zu guter Letzt kann der Arzt beziehungsweise die Ärztin die Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V verordnen, wenn Personen bei schwerer Krankheit vor allem auch im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung benötigen, aber über keinen Pflegegrad 2, 3, 4, 5 nach SGB XI verfügen.

HKP ist eine Leistung für die Versorgung in der Häuslichkeit, jedoch gab und gibt es Besonderheiten hinsichtlich des Versorgungsorts stationäre Pflegeheime (§ 43 SGB XI) und Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI). Bis zum 31. Dezember 2023 durfte nur eine Leistung aus dem Leistungskatalog der häuslichen Krankenpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden und zwar die Leistungsziffer spezielle Krankenbeobachtung (Nummer 24). Mit dem GKV-IPREeG wurde die spezielle Krankenbeobachtung aus der HKP herausgenommen und überführt in die außerklinische Intensivpflege (AKI). In Folge können keine Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht und übernommen werden. Lediglich in Einrichtungen der Behindertenhilfe können sogenannte qualifizierte Maßnahmen der Behandlungspflege (zum Beispiel Injektionen oder Wundversorgungen) unter bestimmten Voraussetzungen gewährt werden. Einfachste Maßnahmen (zum Beispiel Blutdruckmessen oder Inhalationen) sind dagegen durch die Einrichtung/ das Einrichtungspersonal sicherzustellen.

Neben dem medizinisch-pflegerischen Fortschritt stellen die zunehmenden unterschiedlichen Wohnformen als Ort der Leistungserbringung zwischen dem ehemals klassisch „ambulant/häuslich“ und klassisch „stationären“ Setting neue Anforderungen an Personal und Organisation der Versorgung. Dazu kommen die Herausforderungen der Digitalisierung und die Anbindung an die Telematikinfrastruktur, Patientendokumentation sowie ein wachsender Abstimmungsbedarf mit den Ärzten und Ärztinnen.

Rahmenempfehlung

Ableitend von der HKP-RL geben der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV SV) und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 SGB V gemeinsame Rahmenempfehlungen über die bundesweit einheitliche Versorgung mit HKP ab. Die erste Rahmenempfehlung datiert auf den 10. Dezember 2013 und wurde über die Jahre in unregelmäßigen Zeitabständen aktualisiert (GKV SV, 2023). Sie gibt Orientierung für die Rahmen- und/oder Musterverträge, die Kostenträger mit einzelnen Leistungserbringern beziehungsweise Leistungserbringergruppen in den einzelnen Bundesländern über Zugang, Inhalt, Umfang, Vergütung und Organisation der HKP abschließen.

In der aktuellen Rahmenempfehlung werden allgemeine formale Anforderungen an die verantwortliche Pflegekraft, Regelungen zum Verordnungs- und Genehmigungsverfahren, Wirtschaftlichkeit, Dokumentation, Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen (unter anderem Einzel-, Gruppen- beziehungsweise Kollektivverhandlungen), Leistungsnachweis, Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der Tariflöhne und Arbeitsentgelte, Wegezeiten sowie spezifische Regelungen für die Erbringung der AKI, psychiatrische HKP und spezialisierte Wundversorgung aufgeführt.

Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis

Eine weitere bundesweit gültige und zentrale Rechtsgrundlage ist das „Bundeseinheitliche Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe“ (GKV SV, 2025). Dies stellt einen Schlüssel bereit, nach dem die entsprechenden Leistungen zur Abrechnung dokumentiert werden können. Dieser Schlüssel besteht aus sechs Stellen und ist wie folgt aufgebaut:

- Stelle 1 + 2 = gesetzliche Leistungsgrundlage
- Stelle 3 = Art der Versorgung
- Stelle 4–6 = Art der Leistung

Die ersten beiden Stellen bilden die „gesetzliche Leistungsgrundlage“ (Tabelle 5) anhand verschiedener Paragraphen im SGB V ab. Davon sind einige veraltet. Inhaltlich sind dabei häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen und außerklinische Intensivpflege angesprochen.

Die dritte Stelle (Tabelle 6) beschreibt die „Art der Versorgung“ (zum Beispiel Grundpflege, Behandlungspflege, Haushaltshilfe, Kombinationen) in zehn Ausprägungen zur häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie einer jeweils gültigen Ausprägung zur außerklinischen Intensivpflege.

In der vierten bis sechsten Stelle (Tabelle 8) wird die „Art der Vergütung“ wiedergegeben. Hier werden fast 200 Pauschalen aufgelistet, auf 15 Seiten Einzelleistungen, dreieinhalb Seiten Abrechnungsziffern für Zuschläge/Abzüge, eineinhalb Seiten Abrechnungsziffern für Hausbesuche/Wegegeld und 38 Abrechnungsziffern für Leistungen aus dem ergänzenden HKP-Anspruch § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V / Finanzierungsbestandteile aus SGB XI.

Tabelle 5: Gesetzliche Grundlagen in der HKP nach Positionsnummernverzeichnis

2 Schlüsselinhalte	
2.1 Gesetzliche Grundlagen	
1. und 2. Stelle	
1	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Regelleistung) bis zu vier Wochen
2	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Ermessensleistung) über vier Wochen
3	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V
4	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V
5	haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 SGB V
6	haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V
7	häusliche Pflege nach § 24g SGB V (neu durch PNG)
8	haushaltshilfe nach § 24h SGB V (neu durch PNG)
9	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V (gültig bis 30. Oktober 2023)
10	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Regelleistung) bis zu vier Wochen
11	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Ermessensleistung) über vier Wochen
12	nicht besetzt
13	häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V (gültig ab 1. Januar 2017, gültig bis 30. Oktober 2023)
14	ergänzender HKP-Anspruch § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V / Finanzierungsbestandteile aus SGB XI (gültig bis 30. Oktober 2023)
15*	außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V
16*	außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V
17*	außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V
18*	außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V
19*	außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 3 Satz 2 SGB V
20*	außerklinische Intensivpflege nach § 37c Abs. 3 Satz 3 SGB V (Satzungsleistung)

*Gültig ab 1. Januar 2023.

Quelle: GKV-Datenaustausch – Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe (Stand 10. Juni 2025)

Tabelle 6: Art der Versorgung in der HKP nach Positionsnummernverzeichnis

2 Schlüsselinhalte	
2.2 Art der Versorgung	
3. Stelle	
1	Grundpflege
2	Behandlungspflege
3	hauswirtschaftliche Versorgung
4	Kombination aus Grund-/Behandlungspflege / hauswirtschaftlicher Versorgung
5	hauptberufliche Haushaltshilfe mit staatlicher Anerkennung
6	hauptberufliche Haushaltshilfe ohne staatlicher Anerkennung
7	nebenberufliche Haushaltshilfe mit staatlicher Anerkennung
8	nebenberufliche Haushaltshilfe ohne staatlicher Anerkennung
9	Kombination aus Grund- und Behandlungspflege
0	Kombination aus Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung
A	ambulante intensivpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (gültig bis 30. Oktober 2023)
B*	außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V

* Gültig ab 1. Januar 2023.

Quelle: GKV-Datenaustausch – Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe (Stand 10. Juni 2025)

Tabelle 7: Ausschnitt aus dem Positionsnummernverzeichnis über die Art der Vergütung in der HKP, SGB XI und Kombinationen

2 Schlüsselinhalte	
2.3 Vergütungsart	
4.–6. Stelle: Pauschalen	
100	Pauschale für 24-Stunden-Pflege
101	Tagpauschale
102	Nachtpauschale
103	Wochenendpauschale
104	Samstagspauschale
105	Sonn- und Feiertagspauschale
106	Sonderpauschale
107	Tagespauschale (Einsatz einmal täglich)
108	Tagespauschale (Einsatz zweimal täglich)
109	Tagespauschale (Einsatz dreimal täglich)
909	Tagespauschale dauerhaft invasiv beatmete Menschen
910	Tagespauschale intermittierende invasiv beatmete Menschen
911	Tagespauschale nicht invasiv beatmete Menschen

2 Schlüsselinhalte	
2.3 Vergütungsart	
4.–6. Stelle: Pauschalen	
912	Tagespauschale subkutane Infusion
110	Pauschale bis zu 30 Minuten
111	Pauschale je Stunde
112	Pauschale bis zwei Stunden
113	Pauschale von über zwei bis vier Stunden
114	Pauschale von über vier bis sechs Stunden
115	Pauschale von über sechs bis acht Stunden
116	Pauschale je weitere Stunde
117	Pauschale je Stunde (für die erste bis vierte Stunde)
118	Pauschale je 15 Minuten
120	Einsatzpauschale
121	Pauschale erster Einsatz
122	Pauschale zweiter Einsatz
123	Pauschale dritter Einsatz
124	Pauschale erster und zweiter Einsatz
125	Pauschale zweiter und dritter Einsatz
126	Pauschale erster, zweiter und dritter Einsatz
127	Pauschale je Einsatz in Wohngemeinschaften, Wohnanlagen und Ähnlichen
128	Pauschale je Einsatz im Haushalt bei zwei und mehr Personen
129	Pauschale je Einsatz bei Kombination von SGB-XI- und SGB-V-Leistungen
130	Pauschale einschließlich hauswirtschaftlicher Versorgung

Quelle: GKV-Datenaustausch – Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe (Stand 10. Juni 2025)

Rahmenvertrag, Versorgungsverträge und Verhandlung auf Bundesebene

Ableitend von der HKP-RL und der Rahmenempfehlung wurden und werden auf Landesebene die Rahmenverträge nach § 132a SGB V geschlossen, und zwar zwischen den unterschiedlichen Kassen beziehungsweise Landesverbänden der Krankenkassen und den Leistungsanbieterverbänden wie auch Arbeitsgemeinschaften der Leistungsanbieter sowie Einzelunternehmen (siehe Links für Beispiele Thüringen, Hamburg, Rheinland-Pfalz im Literaturverzeichnis). Seit 2023 befinden sich die Kostenträger und Leistungsanbieter in einer Konsolidierungsphase, da mit Einführung des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes

vom 19. Juni 2023 (PUEG) Verträge immer gemeinsam und einheitlich geschlossen werden müssen. Gemeinsam und einheitlich bezieht sich hier nur auf die Kassen, nicht auf die Leistungserbringer.

In den Rahmenverträgen werden Ziel der HKP, Art, Inhalt, Umfang, organisatorische Voraussetzungen, Qualitätsmanagement, Dokumentation, Ergebnisqualität, Vergütungs- und Abrechnungsregeln in Form von Hauptvertragstext und Anlagen konkretisiert. Zu den Anlagen der Rahmen- und Versorgungsverträge gehören Leistungsbeschreibungen, Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarungen, Ergänzungsvereinbarungen, Strukturhebungsbogen, Leistungsnachweise, Stundenzettel, Zulassungsbestimmungen der Dienste,

Personalbögen, Nachweise über öffentliche Förderung von Betriebskosten und „Weitere Unterlagen“.

Rahmenverträge werden zwischen den Krankenkassen beziehungsweise den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen einerseits und einem oder mehreren Leistungserbringern beziehungsweise Leistungserbringerverbänden geschlossen. Die einzelnen Pflegedienste erklären ihre Teilnahme zu diesem Vertrag mittels Beitritt. Der Rahmenvertrag ist damit gleichzeitig der Vertrag mit dem einzelnen Leistungserbringer. Einzelverträge werden zwischen den Krankenkassen beziehungsweise den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einerseits und einem Leistungserbringer (Pflegedienst) andererseits geschlossen. Der Vertrag kann identisch mit anderen Leistungserbringern sein oder auch individuelle Regelungen enthalten. Aufgrund des historisch gewachsenen individuellen Vertragsgeschehens weisen die ver-

fügbaren Vertragswerke bundesweit zum Teil starke Unterschiede auf, insbesondere auch hinsichtlich der Leistungsbeschreibungen, wie in den Tabelle 4 bis 6 nur beispielhaft skizziert werden kann. Unterschiede bestehen auch in den Vergütungen.

In den Rahmen- und Versorgungsverträgen sind die einzelnen HKP-Leistungen in Eurowerten ausgewiesen und oft zu Leistungspauschalen (auch „Behandlungspflegen“ genannt) zusammengefasst (Beispiele Tabelle 8 und 9). Daneben gibt es in manchen Bundesländern auch Verträge, die Einzelleistungen auflisten und abrechnen (Tabelle 10). Die Preise unterscheiden sich in den Vertragswerken, da sie auf Grundlage stark unterschiedlicher Leistungsbeschreibungen und daraus folgend unterschiedlichen Honorarformen beruhen. Auch die über Jahrzehnte kassenindividuelle Verhandlungspraxis führte zu diesen regionalen Unterschieden.

Tabelle 8: Beispiel A – Zusammenfassung einzelner HKP-Leistungen zu einer Behandlungspflegen-Pauschale für zwei von insgesamt sechs Leistungsgruppen

Behandlungspflege nach § 37 SGB V gemäß der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (im folgenden HKP-RL)	Gebührenposition 032=§ 37,2 SGB V 012=§ 37,1 S.1 SGB V 022=§ 37,1 S.3 SGB V	Leistungs- pauschale je Einsatz
Leistungsgruppe 1 ab 1. Januar 2025	170	XX Euro
▪ Blutdruckmessung (Nr. 10 der HKP-RL)	201	
▪ Blutzuckermessung (Nr. 11 der HKP-RL)	240	
▪ Verabreichen von subkutanen Injektionen (Nr. 18 der HKP-RL)	324	
▪ Verabreichen von Insulininjektionen (Teilleistung aus Nr. 18 HKP-RL)	301	
▪ Richten von Injektionen / Aufziehen von Insulinprojektionen (Nr. 19 der HKP-RL)	311	
▪ Auflegen von Kälteträgern	203	
▪ Medikamente verabreichen und überwachen (Teilleistung aus Nr. 26 HKP-RL)	233	
▪ Gabe von Augentropfen und/oder Salben (Teilleistung aus Nr. 26)	234	
▪ Gabe von Ohrentropfen und/oder Salben (Teilleistung aus Nr. 26)	268	
▪ Gabe von Nasentropfen und/oder Salben (Teilleistung aus Nr. 26)	302	
▪ Medikamentengabe (Schmerzpfaster) (Teilleistung aus Nr. 26 HKP-RL)	479	
▪ Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen ab Klasse I (Teilleistung aus Nr. 31 der HKP-RL)	299	
▪ Abnehmen von Kompressionsverbänden (Teilleistung aus Nr. 31 der HKP-RL)	387	
▪ Kontrolle der Medikamenteneinnahme (bei mehrmals täglicher Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten) bei vorheriger Bereitstellung über Wochendosimed (maximal einmal täglich / sechsmal wöchentlich abrechenbar) (Teilleistung aus Nr. 26 HKP-RL)	367	

Behandlungspflege nach § 37 SGB V gemäß der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (im folgenden HKP-RL)	Gebührenposition 032=§ 37,2 SGB V 012=§ 37,1 S.1 SGB V 022=§ 37,1 S.3 SGB V	Leistungs- pauschale je Einsatz
▪ MRSA Medikamentengabe	923	
▪ An- und Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen (Nr. 31d der HKP-RL außer Rückenorthese/Stützkorsett)	C15	
▪ Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung ab Dekubitus Grad 1 (Nr. 12 der HKP-RL – nicht zeitgleich mit dem SGB XI – LK 6 – abrechnungsfähig)	B79	
▪ interstitielle Glukosemessung (Nr. 11a HKP-RL)	C35	
Leistungsgruppe 2 Ab 1. Januar 2025	171	XX Euro
▪ Blasenspülung (Nr. 9 der HKP-RL)	241	
▪ Überprüfen und Versorgen von Drainagen (Nr. 13 der HKP-RL)	246	
▪ Flüssigkeitsbilanzierung (Nr. 15 der HKP-RL)	249	
▪ intramuskuläre Injektionen (Nr. 18 der HKP-RL)	325	
▪ Versorgung eines suprapubischen Katheters (Nr. 22 der HKP-RL)	313	
▪ Einreibungen (Teilleistung aus Nr. 26 HKP-RL)	248	
▪ Versorgung bei PEG (Nr. 27 der HKP-RL)	309	
▪ Pflege des zentralen Venenkatheters (Nr. 30 der HKP-RL)	319	
▪ Anziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen ab Klasse I (Teilleistung aus Nr. 31 der HKP-RL)	298	
▪ Anlegen von unterstützenden und stabilisierenden Verbänden (Teilleistung aus Nr. 31 der HKP-RL)	323	
▪ Anlegen von Stützkorsett (Nr. 31d der HKP-RL An- oder Ablegen von ärztlich verordneter Rückenorthese / verordnetem Stützkorsett)	223	
Leistungsgruppe 3 etc.	172	XX Euro

Anmerkung: Die Eurobeträge wurden aus der Tabelle entfernt, da es sich nicht um einen öffentlichen Vertrag handelt.

Quelle: Ausschnitt aus einem unveröffentlichten Rahmenvertrag zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege.

Tabelle 9: Beispiel B – Zusammenfassung einzelner HKP-Leistungen zu einer Behandlungspflegen-Pauschale für zwei von insgesamt acht Behandlungspflegen

Inhalte
Behandlungspflegen
Behandlungspflegen I (beinhaltet insbesondere)
▪ Blutzuckerkontrolle bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes oder zur sogenannten intensivierten Insulintherapie nach ärztlichem Behandlungsplan (Verlaufsprotokoll erforderlich) ▪ Blutdruckkontrolle bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus nach ärztlichem Behandlungsplan (Verlaufsprotokoll erforderlich) ▪ Kälteträger auflegen bei Patientinnen und Patienten mit akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, postoperativen Zuständen ▪ Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen an- oder ausziehen (ab Kompressionsklasse II)
Ausschluss: Diese Leistung ist nicht neben Behandlungspflegen Ia–V und VII abrechenbar.
Voraussetzung: Leistungserbringung kann auch durch Pflegekräfte (nicht examiniert) erfolgen, die nachweislich über die materielle Qualifikation verfügen, sowie durch medizinische Fachangestellte (MFA), Heilerziehungspfleger, Notfallsanitäter und Rettungsassistenten.

Inhalte
Behandlungspflegen
Behandlungspflege Ia (beinhaltet insbesondere)
- Medikamentengabe als Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten - subkutane Injektion (Aufziehen, Dosieren und Einbringen ärztlich verordneter Medikamente) - Richten von Injektionen zur Selbstapplikation (einmal täglich abrechenbar) - interstitielle Glukosemessung bei Durchführung einer intensivierten Insulintherapie - Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehalts mittels Testgerät - Sensorwechsel bei Bedarf - Kalibrierung bei Bedarf - An- und Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung (einmal täglich abrechenbar; Stützkorsett bis zu zweimal täglich abrechenbar) - Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung ab Dekubitus Grad 1 (Positionswechsel in individuell festzulegenden Zeitabständen zur weitestgehend vollständigen Druckentlastung der betroffenen Stelle)
Ausschluss: Diese Leistung ist nicht neben Behandlungspflegen I–V und VII abrechenbar.
Voraussetzung: Leistungserbringung kann auch durch Pflegekräfte (nicht examiniert) erfolgen, die nachweislich über die materielle Qualifikation verfügen, sowie durch medizinische Fachangestellte (MFA), Heilerziehungspfleger, Notfallsanitäter und Rettungsassistenten.

Quelle: Ausschnitt aus einem unveröffentlichten Rahmenvertrag zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege

Tabelle 10: Beispiel C – HKP-Leistungen am Beispiel von zwei Einzelvergütungspositionen

Nr.	Leistung	Beschreibung	Qualifikation	Bemerkungen	Vergütung
1	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit 01/2/(04*) 1 376 * Nur bei Satzungsleistungen nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V.	Beratung, Anleitung und Kontrolle der Patientin / des Patienten oder einer im Haushalt lebenden Person in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotenzial (zum Beispiel bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens, wie Lagern, Körperpflege) Der Patient oder die Patientin oder eine im Haushalt lebende Person wird - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet beziehungsweise unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können. Die Prophylaxen sind Bestandteil der tatsächlich erbrachten Leistungen der Grundpflege. Sie weichen in der Frequenz von der tatsächlich erbrachten Pflegeleistung nicht ab.	Kranken-schwester/-pfleger, Kinderkranken-schwester/-pfleger, Altenpfleger/-in	Grundlage zur Anleitung durch den Pflegedienst ist das betriebsinterne Anleitungs- und Beratungskonzept des Dienstes. In der Regel sind bis zu fünf Anleitungen verordnungsfähig. Im Rahmen der Verordnung der Ärztin oder des Arztes sind nach Maßgabe des individuellen Einzelfalls die erforderlichen, am individuellen Pflegebedarf orientierten Leistungen der Grundpflege zu erbringen.	50,31 € Leistungs-pauschale beinhaltet alle Leistungen der Grundpflege.

Nr.	Leistung	Beschreibung	Qualifikation	Bemerkungen	Vergütung
6.1	01/02/03 2 230	Absaugen der oberen Luftwege	Kranken-	verordnungsfähig	8,74 €
	Anleitung	Entfernen von Sekret mittels Sonde	schwester/-	bei hochgradiger	nicht neben
	01/02/03 2 230	und Absaugegerät oral (durch den	pfleger,	Einschränkung	der Position
	Erfolgspauschale	Mund), nasal (durch die Nase)	Kinderkranken-	der Fähigkeit zum	2 bis 4 dieses
	01/02/03 2 662		schwester/-	Abhusten / der bron-	Verzeichnisses
			pfleger,	chialen Selbstreini-	(Leistungen der
			Altenpfleger/-in	gungsmechanismen,	Grundpflege)
				zum Beispiel bei	abrechenbar
				schwerer Emphy-	
				semlonchitis, Aids,	
				Mukoviszidose,	
				beatmete Patientin-	
				nen/Patienten	

Quelle: Ausschnitt aus einem unveröffentlichten Rahmenvertrag zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege

Anforderung an pflegefachliche Qualifikation in der HKP

Die Anforderung an die Qualifikation ist in der HKP im Gesetz (§ 37 Abs. 1 SGB V) geregelt und sieht die Erbringung „durch geeignete Pflegekräfte“ vor. In der HKP-RL (Stand 5. August 2025, § 2 Abs. 1) findet sich die Beschreibung: Die häusliche Krankenpflege beinhaltet Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege). Unter § 5a Abs. 1 heißt es „Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften“, wie zuvor in der Erläuterung des Leistungsverzeichnisses unter Tabelle 4 erläutert wurde.

In der Rahmenempfehlung (Stand 18. Dezember 2023) wird in der Präambel § 1 auf die allgemeinen Regeln der HKP und die besonderen Versorgungsformen eingegangen, für die besondere Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft sowie die übrigen an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte erforderlich sind. Unter § 1 „Verantwortliche Pflegefachkraft“ heißt es in Absatz 1: Die vom ambulanten Pflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V sind unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft durchzuführen. Unter Absatz 2 sind die Leistungen „unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft“ aufgeführt wie

vor allem Erbringung der verordneten und genehmigten Leistungen nach dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen, Umsetzung des Pflegekonzepts des Pflegedienstes, Koordination im Rahmen der ärztlichen Verordnung, Pflegedokumentation, Einsatzplanung, Durchführung der Dienstbesprechungen. Absatz 3 definiert, welche fachlichen Voraussetzungen vorliegen müssen, um eine verantwortliche Pflegefachkraft zu sein. Hierzu gehört eine Ausbildung als

- a) Pflegefachfrau beziehungsweise Pflegefachmann (nach dem PfIBRefG),
- b) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (nach dem PfIBRefG),
- c) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (nach dem KrPflG oder nach dem PfIBRefG) oder
- d) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach dem Landesrecht.

In Absatz 4 ist weiterhin ausgeführt: Zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte, die aufgrund besonderer Regelungen in einzelnen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt sind und diese Funktion ausgeübt haben beziehungsweise ausüben, werden auch von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 4 SGB V in anderen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt. In den Absätzen 5 bis 10 werden weitere Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretungen

aufgeführt, unter anderem hinsichtlich notwendiger Weiterbildung für Leitungsfunktionen, Vorgaben der Berufsausübung bei Voll- und Teilzeit sowie besonderen Regelungen bei spezialisierten Pflegediensten.

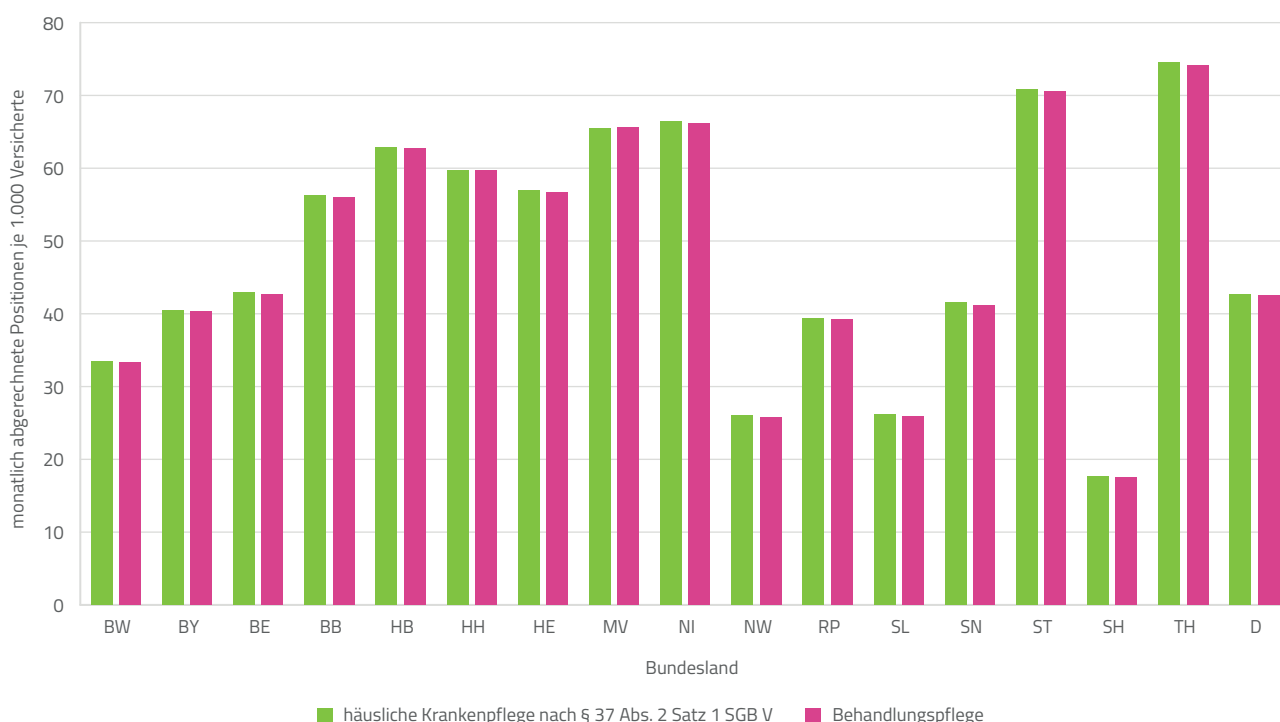
In den Rahmenverträgen werden Anforderungen an das Pflegepersonal im vorderen Teil der Verträge aufgeführt, dies in unterschiedlicher Form wie zum Beispiel auf mehrere Paragraphen verteilt (verantwortliche Pflegefachkraft, stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Pflegefachkräfte, Pflegekräfte und sonstiges geeignetes Personal). In manchen Verträgen werden Qualifikationen unter „Personelle Voraussetzungen“ oder „Leistungsvoraussetzungen“ genannt. In den Leistungsbeschreibungen der Rahmenverträge finden sich oftmals hinter einzelnen Leistungen spezifische Ausführungen zur Qualifikation. Unterschiede in der vertraglichen Abbildung von Qualifikationsanforderungen in der HKP werden in einer Untersuchung von Büscher et al. (2021) ausführlicher beschrieben.

Versorgungsgeschehen in der HKP

Das bundeseinheitliche Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe wurde zuvor erläutert. Es stellt also einen Schlüssel bereit, nach dem die entsprechenden Leistungen zur Genehmigung und Abrechnung verschlüsselt werden können. Die HKP-Verträge nach § 132a SGB V (Leistungen nach § 37 SGB V HKP) beinhalten als Versorgungsart Grundpflege und Behandlungspflege wie auch hauswirtschaftliche Versorgung sowie Kombinationen daraus. Innerhalb der HKP ist fast durchweg die Leistung nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Behandlungspflege) abgerechnet worden.

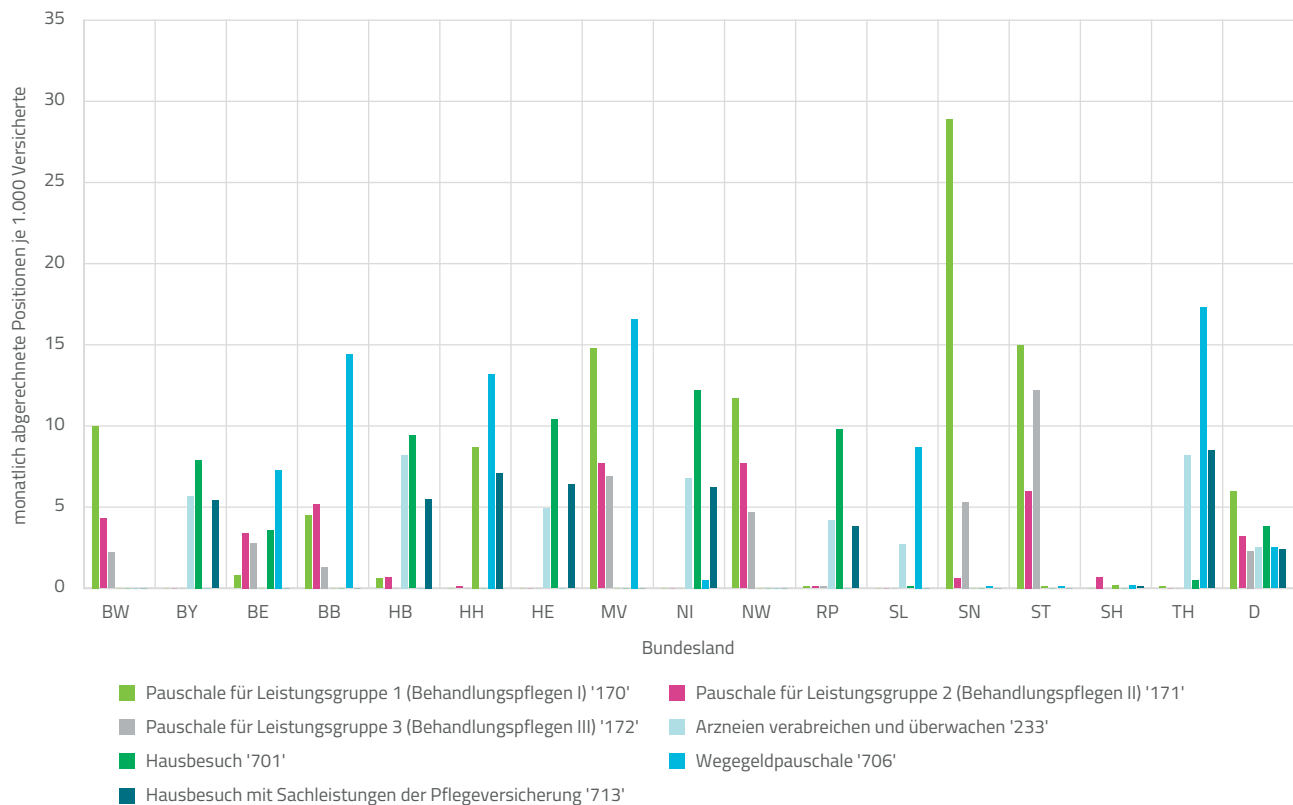
Es zeigt sich weiterhin, dass die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V und die Behandlungspflege in den einzelnen Bundesländern in deutlich unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch genommen werden. Am wenigsten in Schleswig-Holstein und am meisten in Thüringen und Sachsen-Anhalt (Abbildung 3).

Abbildung 3: Monatliche Abrechnungspositionen der häuslichen Krankenpflege je 1.000 Versicherte je Bundesland, 1. und 2. Ziffer „03“ und 3. Ziffer „2“ der Positionsnummern



Quelle: BARMER-Daten 2023

Abbildung 4: Monatliche Abrechnungspositionen der häuslichen Krankenpflege je 1.000 Versicherte je Bundesland, häufigste 3.–6. Ziffern der Positionsnummern deutschlandweit



Quelle: BARMER-Daten 2023

Die vierte bis sechste Stelle der Positionsnummern gibt die Vergütungsart wieder. In Abbildung 4 sind all diejenigen Vergütungsarten dargestellt, die durchschnittlich mehr als zweimal im Monat je 1.000 Versicherte in Deutschland abgerechnet wurden. Dabei handelt es sich überwiegend um Pauschalbeträge. Einzig die Arzneiverabreichung ist als Detailleistung in diesem Umfang dokumentiert. Diese häufigsten Pauschalen werden sehr unterschiedlich häufig in den Bundesländern abgerechnet.

Die Pauschalen werden nicht einheitlich angewendet. So gibt es häufig auftretende Pauschalen (> 10 je 1.000 Versicherte) für Einsatz und Hausbesuch in Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein (Einsatzpauschale 120) und in Baden-Württemberg (Hausbesuch an Sonn- und Feiertagen 601). Weitere Positionsnummern zu Hausbesuchen (zum Beispiel 603, 606, 607, 716) zu verschiedenen Zeiten wurden in einzelnen Bundesländern häufig (> 5 je 1.000 Versicherte) abgerechnet und in anderen Bundesländern gar nicht. Auch die Wege-

pauschalen können durch verschiedene Abrechnungspositionen dokumentiert werden. Häufig ist die „hälftige Wegegeldpauschale 1“ in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, während sie in anderen Ländern gar nicht auftaucht. In Brandenburg, aber auch in Berlin, wird häufig die „pauschale Behandlungspflege 1a“ abgerechnet, in den anderen Bundesländern hingegen gar nicht.

Konkretere Leistungen, die häufig in einzelnen Bundesländern auftreten, sind das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (263, 298, 299) in Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Hessen und Thüringen, wobei unterschiedliche Positionsnummern verwendet wurden. Das Richten von Medikamenten (312) wurde häufig in Thüringen, etwas weniger häufig in anderen Bundesländern und in manchen Bundesländern gar nicht dokumentiert. Eine einzelne Abrechnungsposition gibt einen Hinweis auf den Personaleinsatz. So wird in Brandenburg, aber auch in Berlin häufig der „allgemeine Zuschlag für Fachkräfteeinsatz“ (B66) abgerechnet.

Kurz zusammengefasst:

Innerhalb der HKP ist die Behandlungspflege die dominierende Leistungsart. Obwohl von der Bundesebene Rahmenvorgaben für ein einheitliches Versorgungsgeschehen in der Behandlungspflege bestehen, zeigen sich starke regionale Unterschiede. Hierbei ist weder eine transparente Darstellung der Leistungserbringung möglich noch eine Zuordnung von Pflegequalifikation zur pflegerischen Tätigkeit. Auf Basis der Rechtsgrundlagen, nach denen pflegerische Leistungen in den Bundesländern historisch bis 2023 kassenindividuell als auch über unterschiedliche Leistungsbeschreibungen und Vergütungssysteme verhandelt wurden, ist eine transparente Abbildung nicht möglich. Insbesondere der hohe Grad der Pauschalen, die in den Bundesländern zudem unterschiedlich ausgestaltet sind, macht eine vergleichbare datentechnische Erfassung und demzufolge Abbildung unmöglich. Neben den Pauschalen gibt es Bundesländer, die zwar ein Einzelleistungsvergütungssystem für die HKP haben, jedoch werden auch hier die behandlungspflegerischen Einzelleistungen unterschiedlich in den Verträgen festgeschrieben.

Pflegeversicherung (SGB XI)

Die Pflegeversicherung sieht Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung vor. Das Leistungsprofil des Pflegepersonals ist auf die Grundpflege nach SGB XI festgelegt. Die Behandlungspflege wird in stationären Pflegeeinrichtungen vorausgesetzt und ist in der Regel im Pflegesatz einberechnet. Häusliche Krankenpflege wurde leistungsrrechtlich deshalb dort nur bei Versicherten mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege erbracht und ist – wie zuvor erwähnt – seit dem 1. Januar 2024 unter außerklinischer Intensivpflege subsumiert.

Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 mit einem festgelegten Leistungsprofil führte zu einem deutlichen Ausbau von ambulanten und stationären Pflegeanbietern. Waren bis 1995 vor allem gemeinnützige Wohlfahrtsverbände Anbieter der Pflege, kamen nun

private Anbieter hinzu (Strünck, 2000). Die Kernidee ist bis heute, dass die Pflegeversicherung in einem festgelegten Umfang unterstützende Leistungen zur familiären Versorgung finanziert („Teilkasko“). Die Grundidee des Pflegegelds nach § 37 SGB XI ist, dass Pflegeleistungen durch An- und Zugehörige erbracht werden und hierfür eine finanzielle Unterstützung erhalten. Bei Bezug der Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) im ambulanten Bereich reicht diese oft nicht aus und An- und Zugehörige müssen ergänzende Pflegeleistungen erbringen oder finanziell durch den „Einkauf“ weiterer Sachleistungen (Pflegedienst) unterstützen.

Zugang zur pflegerischen Versorgung haben Versicherte sowie Pflegedienste über das System der Pflegebedürftigkeitsprüfung durch den Medizinischen Dienst und die Zuteilung eines Pflegegrads mit entsprechend hinterlegter Vergütung und Leistungsarten. Anspruch auf eine pflegerische Versorgung durch Pflegepersonal besteht als sogenannte Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI für Menschen mit Pflegegrad 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden. Sie kann auch als Kombileistung (§38 SGB XI) mit dem Pflegegeld (§37 SGB XI) gewählt werden. Die Pflegekassen übernehmen die entstehenden Kosten bis zur jeweiligen Höchstsumme des entsprechenden Pflegegrads. Sach- und Geldleistung sind dabei unterschiedlich hoch vergütet.

Die berufliche Pflege ist durch die SGB-XI-Konstruktion und das damit verbundene „Teilkasko“-Profil inhaltlich auf das grundpflegerische Leistungsprofil der sogenannten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“ festgelegt (Heiber, 2019; Büscher et al., 2018). Mit dieser Vorgabe ist auch das Begutachtungsinstrument zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit verbunden. Basisdokument für die nach SGB XI angelegte Berufspflege ist die „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI vom 13. Februar 1995“. Diese haben die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände,

Köln, und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen (im Folgenden Pflegedienste genannt) auf Bundesebene festgelegt (Spitzenverbände der Pflegekassen, 1995). Die Kernkategorien aus dem Jahr 1995 waren Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaftliche Versorgung. Erweitert wurden diese durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 um Aspekte der pflegerischen Betreuung, Aktivierung und Kommunikation. Grundlage hierfür war der 2017 neu eingeführte Pflegebedürftigkeitsbegriff, mit dem sich nicht nur das Begutachtungsinstrument und der Leistungszugang, sondern auch das Verständnis von Pflege ändern sollte. Dieses sollte sich vom „Verrichtungsbezug“ hin zu einer Pflege entwickeln, die sich stärker auf den Selbstständigkeitserhalt der zu Pflegenden ausrichtet (Büscher et al., 2018).

Leistungskomplexe

Auf Grundlage der Bundesempfehlung mit den genannten Kernkategorien wurden die Leistungen der Grundpflege entwickelt und zu sogenannten Leistungskomplexen geclustert. Orientierung hierfür gab es an den Leistungen der Krankenversicherung, die schon vor 1995 in Versorgungssituationen der Schwerstpflegebedürftigkeit grundpflegerische Leistungen zahlten, damals § 55 SGB V Gesundheitsreformgesetz 1988 (Häcker, 2008).

Das Leistungskerngerüst aus 1995 zeigt sich nach 30 Jahren trotz einiger Anpassungen und Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Leistungskomplexen wenig verändert (Büscher et al., 2018; Nol-

ting, 2022). Es besteht aus den „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ mit den Leistungskomplexen zum An- und Auskleiden, Waschen/Duschen/Baden, Rasieren, Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, der Kategorie der „Hilfe bei der Haushaltsführung“ (Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen etc.) sowie „Hilfen beim Verlassen der Wohnung“ und „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ mit kleinen Hilfestellungen. In den Leistungskomplexen finden sich auch Titel wie Motivation, Anleitung, Pflegedokumentation, Hilfen, Zuschläge, Wegepauschalen, Zeiten, Erst- und Folgebesuch, Beratungsbesuch. Eine Übersicht über die Leistungskomplexe in den Ländern findet sich im Leistungskomplexverzeichnis (Bundesgesundheitsministerium, 2023), das vom Verband der Ersatzkassen erstellt wird. Am Beispiel des LK „Lagern“ (Tabelle 11) werden die unterschiedliche Nummerierung und die inhaltliche Beschreibung in den Bundesländern dargestellt. Drei weitere Beispiele zu „Nahrungsaufnahme“, „kleine und große Abend- und Morgentoilette“ sowie „Ausscheidungen“ finden sich zur Veranschaulichung im Anhang.

In den einzelnen Rahmenverträgen, die in den Bundesländern abgeschlossen werden, findet eine weitere inhaltliche Ausdifferenzierung der LK statt. In den Verträgen, die nachfolgend noch erläutert werden, werden die Leistungen in der Regel im vorderen Abschnitt unter „Inhalte der ambulanten Pflegeleistungen“ in unterschiedlichen Freitexten mit Spiegelstrichen für einzelne Leistungsaufzählungen beschrieben. In den Vergütungsvereinbarungen, die oft eine Anlage des Vertrags sind, wird der jeweilige LK konkretisiert, wie am Beispiel „Lagern“ nachfolgend aufgeführt wird.

Tabelle 11: Übersicht über die unterschiedliche Beschreibung und Nummerierung des Leistungskomplexes „Lagern“ in den einzelnen Bundesländern (zusammengestellt auf Grundlage des Leistungskomplexverzeichnis)

Bundesland	Benennung Leistungskomplex „Lagern“	Nr. im Verzeichnis
Baden-Württemberg	Lagern	5
Bayern (Vereinbarung mit Wohlfahrtspflege)	Lagern	201
Bayern (Vereinbarung mit Verbänden, Arbeitskreis privater Pflegevereinigung)	Lagern	111
Berlin	Lagern/Betten	5
Brandenburg	Lagern/Mobilisierung	6
Bremen	Lagern/Betten	5
Hamburg	Lagern/Bewegungsaktivierung/Transfer	5
Hessen	Spezielle Lagerung bei Bettlägrigkeit/Immobilität	4
Mecklenburg-Vorpommern	Lagern/Betten/Mobilisieren	6
Niedersachsen	Spezielle Lagerung bei Immobilität im Zusammenhang mit Körperpflege	10
	Spezielle Lagerung bei Immobilität	11
Nordrhein-Westfalen	Lagern/Betten	7
Rheinland-Pfalz	Lagern/Betten	LK 6
Saarland	Lagern	3
	Lagern als alleinige Leistung	4
Sachsen	Lagern	5
Sachsen-Anhalt	Lagern/Betten	6
Schleswig-Holstein	Positionierung/Lagerung	K5
Thüringen	Spezielle Lagerung bei Bettlägrigkeit oder Immobilität	103
	Spezielle Lagerung bei Bettlägrigkeit oder Immobilität (andere Punktzahl)	8a

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit – Übersicht über vereinbarte ambulante Leistungskomplexe in den Bundesländern zum Stichtag 31. Dezember 2023 (Stand: 9. Oktober 2024)

Rahmenvertrag, Versorgungsvertrag, Verhandlung

Auf Grundlage der Bundesempfehlungen handeln in den einzelnen Bundesländern die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich mit den Verbänden und Arbeitsgemeinschaften der einzelnen Leistungsanbieter Rahmenverträge aus. Die Leistungsanbieterseite ist in vielen Bundesländern noch historisch in zwei große Lager der alten Wohlfahrtsverbände und dem Bundesverband der privaten Anbieter (bpa) geteilt. Die auf Basis der Rahmenverträge § 75 SGB XI (siehe Beispiele für **Bayern**, **Saarland**, **Schleswig-Holstein**)

vereinbarten Versorgungsverträge (§72 SGB XI) konkretisieren die Leistungserbringung. Vergütet werden die SGB-XI-Leistungen vor allem über Pauschalen, selten als Abrechnung nach Zeit. Möglich sind Vergütungen nach Einzelleistungen. Die Pauschalen werden über einen Punktwert bewertet und mit einem Eurobetrag multipliziert. Die Punktwerte (zum Beispiel eine Minute = zehn Punkte) und Punktmengen werden auf Landesebene festgelegt, zum Teil aber auch direkt zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Zur Leistungssteuerung werden Abrechnungsausschlüsse unter den Pauschalen formuliert (Heiber & Nett, 2018, Heiber, 2019, 2020).

Tabelle 12: Unterschiedlich ausformulierte Beschreibung des Leistungskomplexes „Lagern“ in den Bundesländern Bayern, Schleswig-Holstein, Thüringen, Rheinland-Pfalz

Bundesland	Beschreibung Leistungskomplex „Lagern“ im Rahmenvertrag (§ 75 SGB XI)/Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)
Bayern (Vereinbarung mit Wohlfahrtspflege)	Lagern Maßnahmen zum körper- und situationsgerechten Liegen und Sitzen
Schleswig-Holstein	In der Übersicht über die Komplexstruktur wird der LK K5 Positionierung/Lagern aus dem Leistungsverzeichnis wie folgt beschrieben: Der Leistungskomplex K5 beinhaltet: alle Maßnahmen auf der Grundlage anerkannter pflegefachlicher Erkenntnisse, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen innerhalb/außerhalb des Bettes ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontrakturen vorbeugen und Selbstständigkeit unterstützen. Die Maßnahme umfasst gegebenenfalls die Auswahl und Anwendung geeigneter Hilfsmittel, die die Beibehaltung einer physiologischen Sitz-/Liegeposition fördern. Der Leistungskomplex K5 ist auch abrechenbar, wenn er im zeitlichen Zusammenhang mit den Leistungskomplexen K1–K4 (Morgen-/Abendtoilette) erbracht wird, darf jedoch die dort zu erbringenden Positionierungs- und Lagerungsleistungen nicht ersetzen. Der Leistungskomplex K5 ist nicht während desselben Einsatzes mit dem Leistungskomplex k6 abrechenbar. In einem weiteren Dokument ‚Verbindliche Hinweise zur Erbringung und Abrechnung der Leistungskomplexe ab 1. Februar 2019‘ ist weiterhin ausgeführt: „Lagern/Betten“ ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 16–18, 20, 23–30 1. Richten des Bettes, 2. Wechseln der Bettwäsche, 3. körper- u. situationsgerechtes Lagern, 4. Vermittlung von Lagerungstechniken, gegebenenfalls Einsatz von Lagerungshilfen, 5. und außerdem bei - eingeschränkten kognitiven oder kommunikativen Fähigkeiten oder/und - auffälligen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen oder/und - sonstigen altersbedingten Krankheitsbildern zusätzlich anleitende, motivierende und/oder auffordernde Pflege zur Erhaltung und Stärkung der Selbstversorgungspotenziale. Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen innerhalb/außerhalb des Bettes ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie zum Beispiel Kontrakturen oder Pneumonie vorbeugen und Selbstständigkeit unterstützen.
Thüringen (hat neben Niedersachsen) zwei LK zum Lagern, die sich nur in ihrer Abrechnungsfähigkeit unterscheiden:	LK 8 inhaltlich ähnlich wie Schleswig-Holstein plus zusätzliche Ausführungen: Bei der speziellen Lagerung werden die Flachlagerung, die Oberkörperhochlagerung, die Beintiefenlagerung, die Beinhochlagerung, die Bauchlagerung, die Seitenlage und die Schocklagerung unterschieden. Regelmäßig als spezielle Pflege kommen die Oberkörperhochlagerung und die Beinhochlagerung und vor allem die Seitenlagerung sowie die therapeutische Lagerung nach Bobath bei Schlaganfallpatientinnen/-patienten in Betracht. Bei der Seitenlagerung wird die 30- oder die 90-Grad-Seitenlage unterschieden. Maßnahmen zum körper- und situationsgerechten Liegen und Sitzen bei nicht bettlägerigen Pflegebedürftigen sind im Sinne der aktivierenden Pflege im Rahmen der einzelnen Verrichtungen zu erbringen und damit nicht gesondert vergütungsfähig. Der Leistungskomplex ist im Lagerungsplan exakt zu dokumentieren. - LK 8 mit anderen LK abrechenbar 8a nur als Einzelleistung abrechenbar
Rheinland-Pfalz	LK 10 Lagern – Beinhaltet insbesondere: 1. alle Maßnahmen zum Positionswechsel, die den pflegebedürftigen Menschen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen sowie Sekundärerkrankungen vorbeugen, 2. Betten machen/richten. Der Leistungskomplex beinhaltet auch die notwendigen Prophylaxen (siehe § 2 Abs. 4).

Quelle: Rahmenverträge nach (§ 75 SGB XI)/Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) aus den Bundesländern Bayern, Schleswig-Holstein, Thüringen, Rheinland-Pfalz

Anforderung pflegefachliche Qualifikation in der SGB-XI-Pflege

Die Anforderungen an die Qualifikation der SGB-XI-Pflege und damit auch an das Pflegepersonal ist im § 71 Abs. 1 SGB XI in Bezug auf § 71 Abs. 3 SGB XI geregelt: Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne des Buchs sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen. Diese Anforderung findet sich auch in der Vereinbarung über die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011 (MuG), zuletzt geändert am 24. Oktober 2023“ (GKV SV, 2023). Die Vereinbarung wurde vom GKV-Spitzenverband, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene sowie den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 des SGB XI sowie unabhängiger Sachverständiger verabschiedet. Die Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen ambulanten Pflegedienste unmittelbar verbindlich (§113 Abs. 1 Satz 10 SGB XI) und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträgen, Rahmenverträgen, Vergütungsvereinbarungen, Qualitätsdarstellungsvereinbarung) und den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI von den Vertragsparteien zu beachten (siehe Präambel MuG).

Unter Punkt 2.3 der MuG werden die personellen Strukturanforderungen der Pflegedienste formuliert, wozu auch die personellen Strukturanforderungen zur Funktion und Eignung der verantwortlichen Pflegefachkraft gehören. In Bezug auf die verantwortliche Pflegefachkraft gibt es im Bereich des SGB V und SGB XI

keine Unterschiede. Darüber hinaus gibt es Regelungen zu „geeignetem Personal“ für pflegerische Betreuungsmaßnahmen, nach denen Hilfskräfte und angelernte Kräfte unter Anleitung tätig werden. In den Rahmen- und Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen werden Qualifikationsvereinbarungen an unterschiedlichen Stellen aufgeführt wie zum Beispiel in Leistungskomplexen hinter bestimmten Leistungen oder im vorderen Teil des allgemeinen Vertragstextes.

Versorgungsgeschehen in der Pflegeversicherungspflege

Wie eingangs erwähnt, werden Pflegeleistungen bislang nicht nach Qualifikationsgraden differenziert abgebildet. Inwieweit Pflegefachlichkeit dem Pflegebedarf entspricht beziehungsweise mit dem Pflegebedarf korreliert, kann jedoch mit einem Vergleich der Beschäftigten mit den Pflegebedürftigen näherungsweise für den SGB XI-Bereich beschrieben werden. Um zu vergleichen, ob Pflegekompetenz und deren Einsatz in den einzelnen Bundesländern gleichermaßen verteilt ist, reicht es nicht aus, die Zahl der Pflegekräfte in den Bundesländern auszuzählen. Das Personal muss auch ins Verhältnis zur versorgten Population gesetzt werden – und zwar gewichtet nach dem Versorgungsbedarf.

In der Studie zum Personalbemessungsverfahren im Pflegeheim (PeBeM) ist ein durchschnittlicher Soll-Personalschlüssel differenziert nach Pflegegrad der Pflegebedürftigen und Qualifikationsniveau der Pflegekräfte entwickelt worden (Rothgang et al., 2020), der hier für den Ländervergleich zur Anwendung kommen soll. Das in der Pflege tätige Personal wird dabei unterschieden in Pflegefachkräfte (Qualifikationsniveau 4 – QN 4), Pflegehilfskräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung (QN 3) und angelernte Hilfskräfte in der Pflege (QN 1 und QN 2). Pflegebedürftige mit höheren Pflegegraden haben tendenziell mehr Bedarf an Versorgung durch Pflegefachkräfte (Tabelle 13). Als Diskussionsgrundlage dafür, ob die Versorgungslage den Bedürfnissen entspricht, sind diese Verhältniszahlen nur für die vollstationäre Pflege anwendbar. In der teilstationären Pflege und der ambulanten Pflege sind die bedarfsgerechten Pflegeschlüssel derzeit nicht ermittelbar. Um die Unterschiede zwischen den Bundesländern herauszuarbeiten,

wird dieser Schlüssel hier aber dennoch auch für die ambulante und teilstationäre Versorgung verwendet.

Die Pflegestatistik liefert Informationen über Beruf und Tätigkeitsbereich der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen. Damit lassen sich die Zuordnungen zu den Qualifikationsniveaus Q3 und Q4 vornehmen. Eine differenzierte Zuordnung zu den Qualifikationsniveaus QN 1 oder QN 2 ist aber nicht möglich. Für die weiteren Analysen werden die Versorgungsbedarfe durch Personal mit QN 1 oder QN 2 daher zusammengefasst.

Der Berufsgruppe QN 4 wurden folgende Berufsgruppen zugeordnet: staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität. Dem QN 3 wurden zugeordnet: staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in, Krankenpflegehelfer/-in, Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss, Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss. Dem QN 1 oder 2 wurden zugeordnet: sonstiger pflegerischer Beruf (zum Beispiel Schwesternhelfer/-in) sowie alle anderen Berufsgruppen, wenn zudem der wesentliche Aufgabenbereich in der Pflege lag.

Für die Ermittlung des Personalbedarfs wurden im PeBeM-Projekt nur diejenigen Beschäftigten mitgezählt, die direkt an der Pflege beteiligt waren. Pflegekräfte in anderen Arbeitsfeldern wie Pflegedienstleitung oder Betreuung zählen daher nicht mit (Rothgang et al., 2020, S. 257). Umgerechnet in Vollzeitäquivalente summiert sich die Zahl der Beschäftigten für Deutschland im Jahr 2023 in ausschließlich vollstationären Ein-

richtungen auf 146.000 Pflegefachkräfte (QN 4), 24.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung (QN 3) und 70.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (QN 1–2), bei denen allesamt der Arbeitsschwerpunkt in der Pflege liegt. Der Personalbedarf liegt nach der Kalkulation nach Tabelle 13 bei 150.188 Pflegefachkräften, 130.061 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 119.837 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Damit ergibt sich für Deutschland in den ausschließlich vollstationären Einrichtungen ein Versorgungsgrad von 0,97 bei QN 4, 0,35 bei QN 3 und 1,13 bei QN 1–2. Ein besonders erhöhter Personalbedarf besteht demnach also bei den Pflegehilfskräften mit Ausbildung (Abbildung 5).

Die Kalkulation eines Gesamtpflegeschlüssels pro pflegebedürftige Person wäre für die Bewertung einer ausreichenden Versorgung irreführend. Im Extremfall würden in einem Pflegeheim, in dem es nur Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 gibt, auf eine Pflegefachkraft 9,2 Pflegebedürftige kommen und in einem Pflegeheim, in dem es nur Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 gibt, auf eine Pflegefachkraft 3,9 Pflegebedürftige, womit beide denselben anforderungsbedingten Versorgungsgrad erreicht hätten.

Leistungsgeschehen ambulant und stationär auf Routinedatenbasis

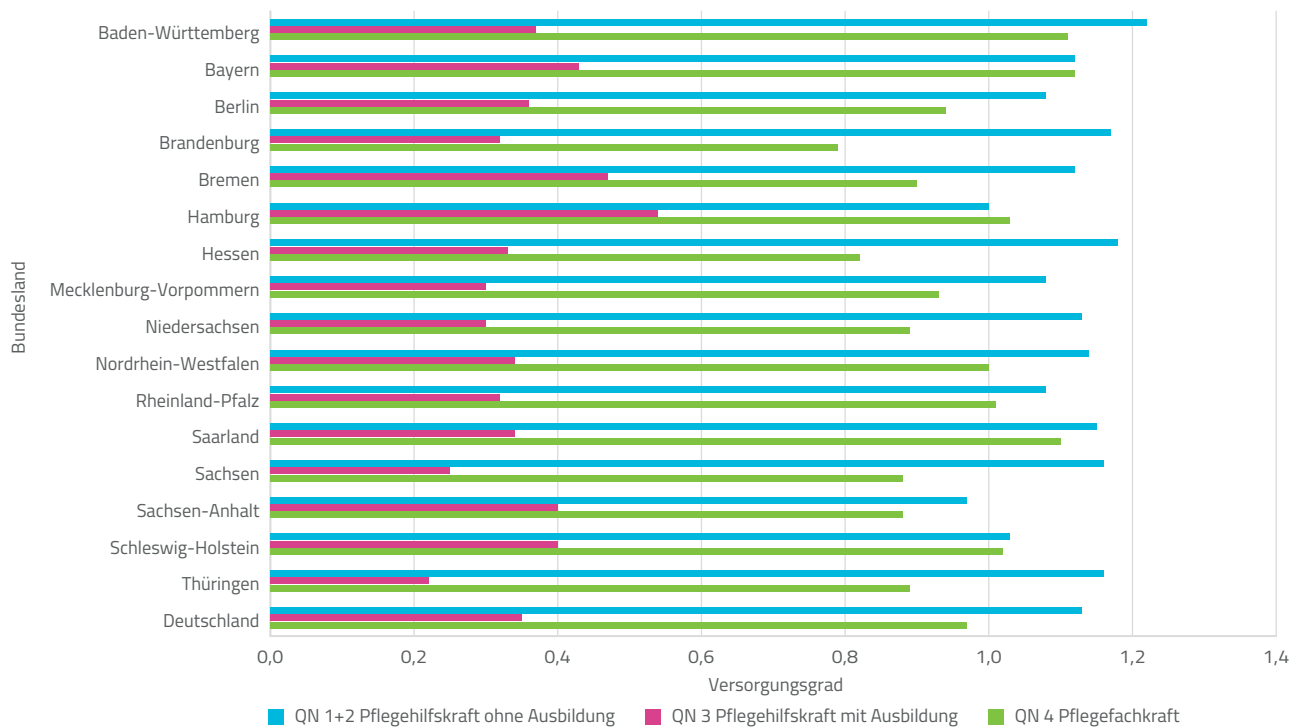
Da für die ambulante und die teilstationäre Pflege die oben beschriebenen Verhältniszahlen nicht die tatsächliche Abdeckung der Bedarfslage wiedergeben, werden die Verhältniszahlen für den Ländervergleich indiziert.

Tabelle 13: Soll-Personalschlüssel – Pflegekräfte je pflegebedürftige Person nach Qualifikationsniveau

Bundesland	QN 1	QN 2	QN 3	QN 4
Pflegegrad 1	02:07.8	01:09.6	01:10.0	01:19.2
Pflegegrad 2	02:18.2	01:06.7	01:09.6	01:18.1
Pflegegrad 3	01:45.3	01:06.5	01:05.7	01:09.2
Pflegegrad 4	01:38.1	01:07.4	01:04.1	01:03.9
Pflegegrad 5	01:47.3	01:07.1	01:06.6	01:01.8
gesamt	01:47.6	01:06.9	01:05.7	01:04.8

Quelle: Rothgang et al. (2020, S. 246)

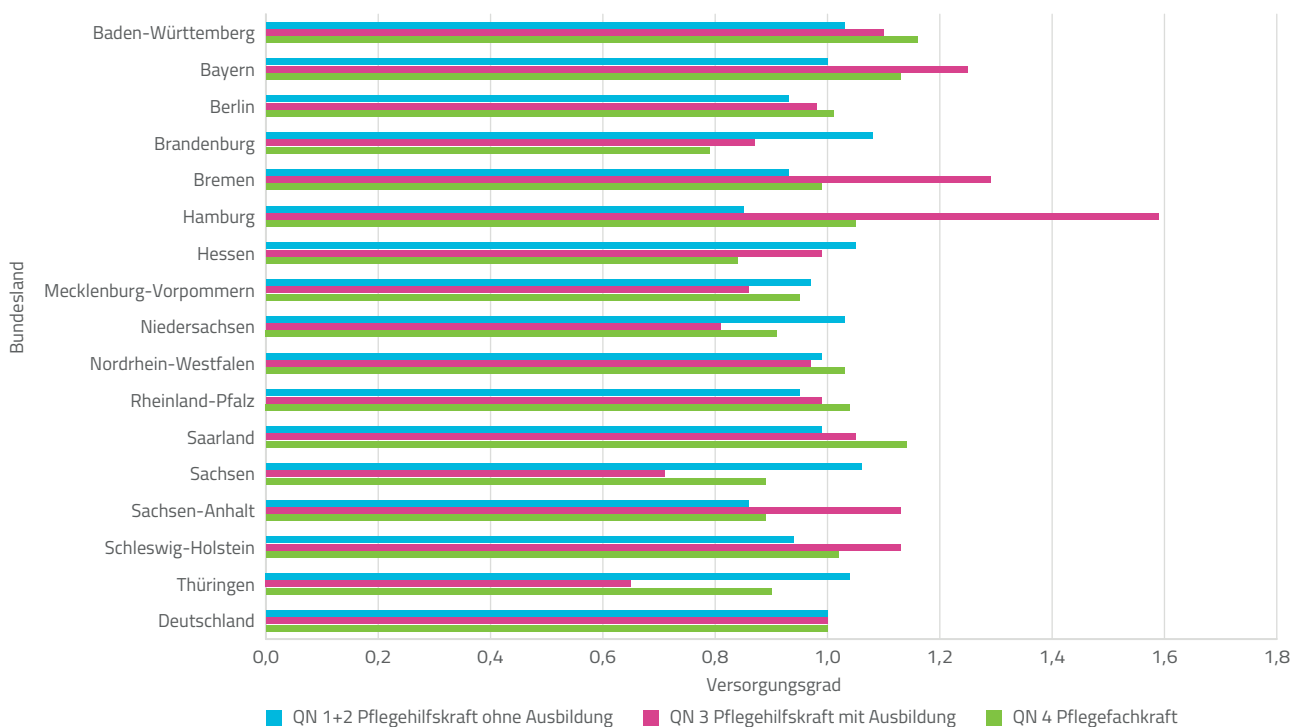
Abbildung 5: Versorgungsgrad in der ausschließlich vollstationären Pflege



Anmerkung: Berücksichtigt sind nur Einrichtungen ohne teilstationäre Pflege.

Quelle: FDZ-StaBu (2025)

Abbildung 6: Index des Versorgungsgrads durch Pflegepersonal in der ausschließlich vollstationären Pflege im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nach Qualifikationsniveau



Anmerkung: Berücksichtigt sind nur Einrichtungen ohne teilstationäre Pflege.

Quelle: FDZ-StaBu (2025)

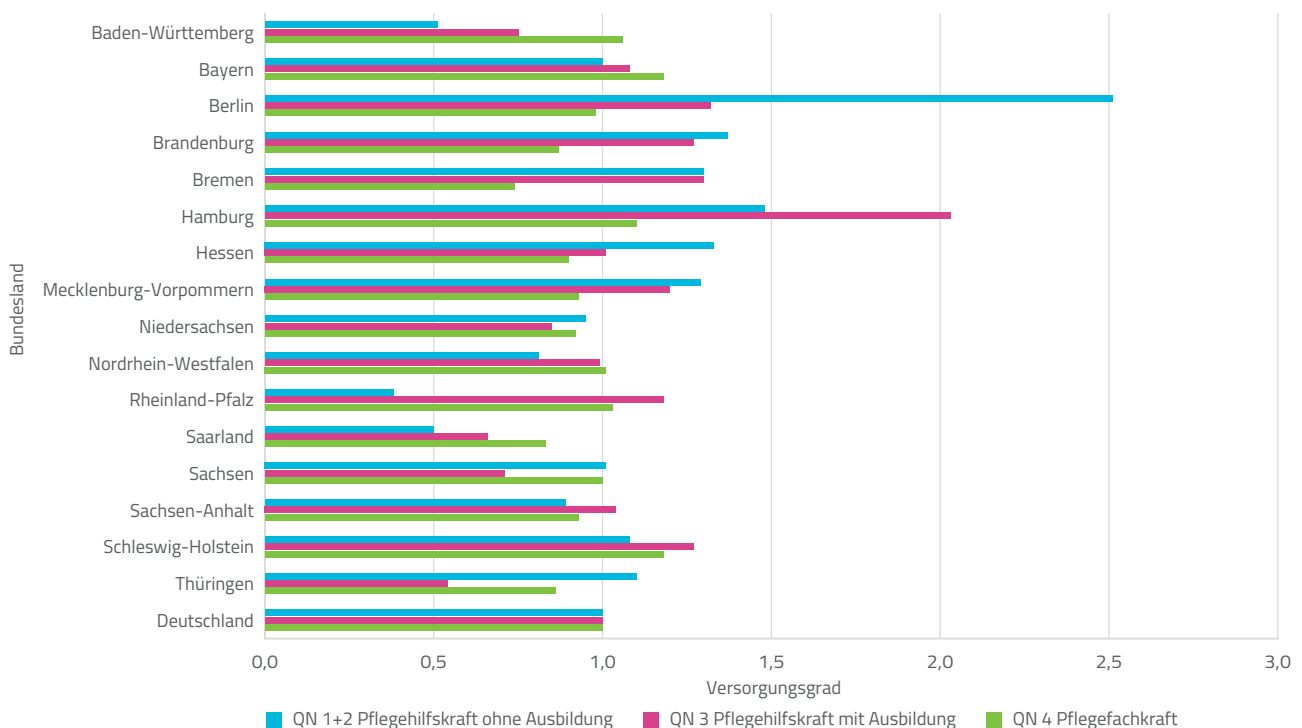
Für die Auswertungen ist das empirisch festgestellte Verhältnis von Pflegekräften (gemessen in Vollzeitkräften) zu Pflegebedürftigen (gewichtet nach dem Pflegebedarf entsprechend dem Personalschlüssel in Tabelle 13) für Deutschland auf den Index des Versorgungsgrads 1 gesetzt worden. Damit soll nicht ausgesagt werden, dass die Versorgung im Bund dem Bedarf entspricht. Die durchschnittliche Versorgungslage im Bund soll hier nur als Vergleichsgröße gelten. Ein höherer Index des Versorgungsgrads in den Bundesländern wird durch Werte größer als 1 und einen geringeren Index durch Werte kleiner als 1 repräsentiert. Abbildung 6 bis Abbildung 8 zeigen die Indizes der Versorgungsgrade im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt innerhalb der ambulanten Pflege, der ausschließlich vollstationären Pflege und der ausschließlich teilstationären Pflege.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Index = 1) zeigen sich in der vollstationären Versorgung vor allem in den ostdeutschen Ländern, aber auch in Niedersachsen

geringere Proportionen von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften mit Ausbildung im Verhältnis zu den Versorgungsbedarfen der Pflegebedürftigen. Eine überproportionale Ausstattung mit Pflegepersonal jeglicher Qualifikationsniveaus zeigt sich hingegen in Baden-Württemberg (Abbildung 6).

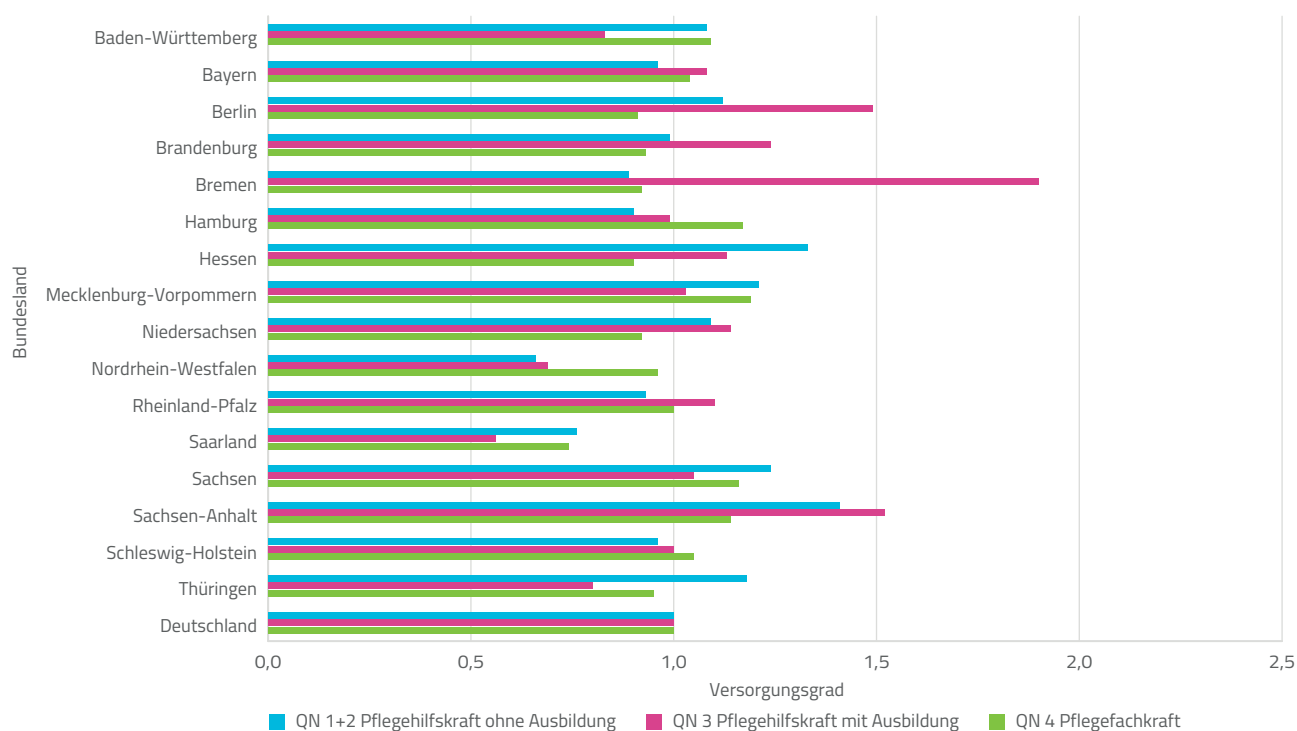
In der ambulanten Versorgung (Abbildung 7) zeigen sich in den meisten ostdeutschen Ländern (Ausnahme Sachsen), im Saarland, in Bremen, in Hessen und in Niedersachsen geringere Proportionen von Pflegefachkräften zu Pflegebedürftigen. Besonders auffällig sind die deutlich überproportionalen Versorgungsgrade mit Pflegekräften der niedrigeren Qualifikationsniveaus 1 und 2 in den Stadtstaaten, in Brandenburg, in Mecklenburg-Vorpommern und in Hessen. Inwieweit diese Unterschiede in den Proportionen aber der unterschiedlichen Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen geschuldet sind, lässt sich mit den Daten nicht ermitteln.

Abbildung 7: Index des Versorgungsgrads durch Pflegepersonal in der ambulanten Pflege im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nach Qualifikationsniveau



Quelle: FDZ-StaBu (2025)

Abbildung 8: Index des Versorgungsgrads durch Pflegepersonal in der ausschließlich teilstationären Pflege im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nach Qualifikationsniveau



Anmerkung: Berücksichtigt sind nur Einrichtungen ohne vollstationäre Pflege

Quelle: FDZ-StaBu (2025)

Ebenso lassen sich in der teilstationären Versorgung (Abbildung 8) deutliche Unterschiede in den auf diese Weise ermittelten Versorgungsgraden feststellen. Anders als in den anderen Versorgungsarten lassen sich in einigen ostdeutschen Ländern deutlich höhere Versorgungsgrade durch Pflegefachkräfte feststellen. So liegen diese in Sachsen-Anhalt, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, aber auch in Hamburg und Baden-Württemberg deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Ebenso lässt sich nicht herauslesen, inwieweit die Verteilungen den Bedarfen in der Grundpflege oder den Bedarfen in der Betreuung entsprechen.

Kurz zusammengefasst:

Bei den Qualifikationsniveaus gibt es regionale Unterschiede, die nicht maßgeblich für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch die Versicherten sein dürfen.

HKP und SGB XI: Überschneidungen

Grundsätzlich kann ein Versicherter Leistungen sowohl der HKP nach § 37 SGB V als auch der ambulanten Pflege nach § 36 SGB XI gleichzeitig erhalten. Auch Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 37 SGB XI (Pflegegeld) und/oder Leistungen nach § 38 SGB XI (Kombination von Geldleistung und Sachleistung) erhalten, können HKP in Anspruch nehmen. In stationären Einrichtungen – wie vorab erwähnt – ist dies eine Ausnahme. In den Daten finden sich dementsprechend gleichzeitige Abrechnungen von HKP-Leistungen nach SGB V und SGB-XI-Leistungen mit regionalen Unterschieden.

Vorab wurde schon über die unterschiedliche Inanspruchnahme der einzelnen Hauptleistungen der Pflegeversicherung in den einzelnen Bundesländern berichtet. In unterschiedlichem Ausmaß werden diese ambulant zudem in Verbindung mit HKP in Anspruch genommen. In den ostdeutschen Ländern wird nicht nur die Pflegesachleistung nach SGB XI überproportional in Anspruch genommen, sondern auch die gleichzeitige Nutzung der HKP nach SGB V ist in den ostdeutschen Ländern überdurchschnittlich. Über 60 Prozent derjenigen in den ostdeutschen Ländern, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, bekommen auch häusliche Krankenpflege (Abbildung 9). Insgesamt bekommen auch diejenigen, die teilstationäre Pflege nutzen, häufiger HKP als Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher.

Obwohl HKP prinzipiell schon in der Versorgungsleistung der Pflegeversicherung enthalten ist, finden sich auch für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen Abrechnungen zur häuslichen Krankenpflege. Dies betrifft, wie zuvor erwähnt, bis 31. Dezember 2023 behandlungspflegerische Maßnahmen bei Versicherten mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer

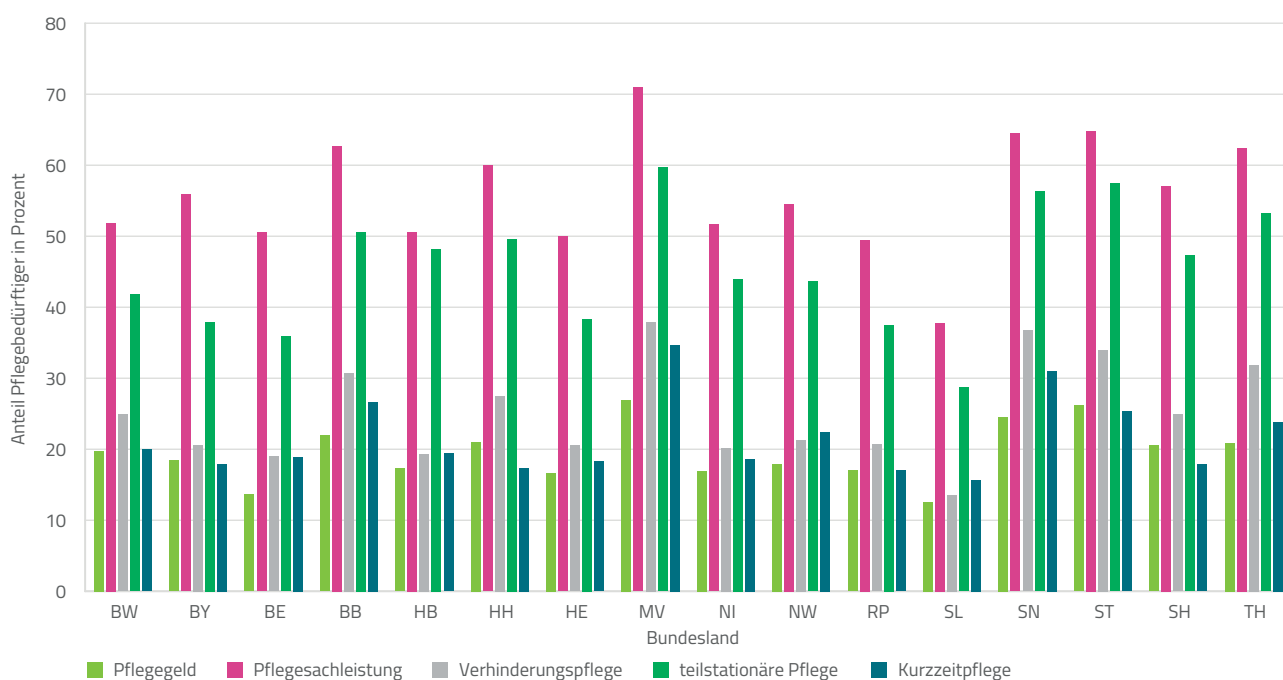
Behandlungspflege (ab 1. Januar 2024 AKI) und in Behinderteneinrichtungen aufwändige behandlungspflegerische Maßnahmen, weil diese in der Regel nicht zum Leistungsspektrum der Einrichtung zählen. Auch hier sind es mehrheitlich die ostdeutschen Länder, in denen die häusliche Krankenpflege in der Kombination mit Leistungen nach SGB XI überproportional häufig sind (Abbildung 10). Differenzierte Datenauswertungen können hier für die Inanspruchnahme von HKP/AKI in stationären Pflegeheimen im Sinne von § 43 SGB XI aufgrund der erst kurzen Zeit nach der Umstellung nicht erfolgen.

Umgekehrt zeigt sich, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten mit HKP auch gleichzeitig pflegebedürftig ist. Deutschlandweit sind es im Jahr 2023 87,8 Prozent mit einer Spanne von 83,9 Prozent in Schleswig-Holstein bis 90,0 Prozent in Sachsen.

Kurz zusammengefasst:

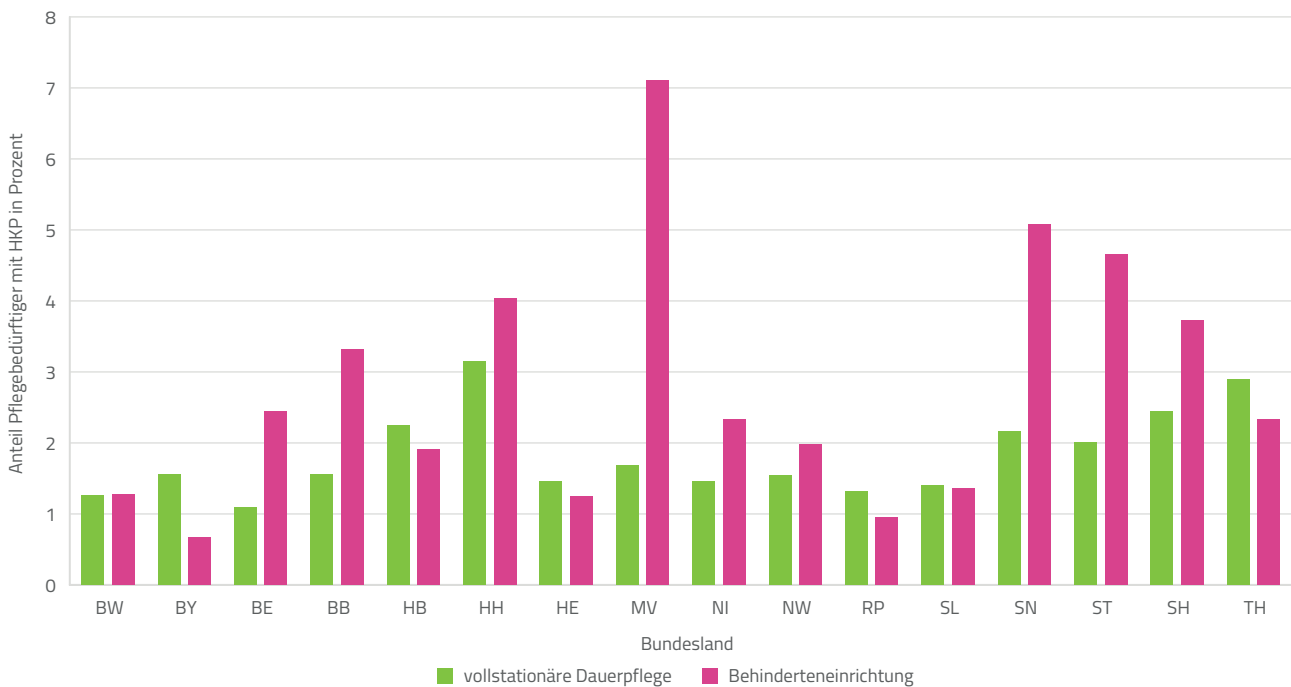
Die häusliche Krankenpflege (SGB V) und die ambulante Pflege (SGB XI) werden zu einem hohen Maß bei denselben Personen gleichzeitig erbracht.

Abbildung 9: Anteil der Pflegebedürftigen mit HKP bei häuslicher Pflege je Bundesland in Prozent



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert.

Quelle: BARMER-Daten 2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 10: Anteil der Pflegebedürftigen mit HKP bei dauerhafter stationärer Versorgung je Bundesland in Prozent

Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert.

Quelle: BARMER-Daten 2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Schnittstelle zum Krankenhaus

Knapp ein Viertel der Krankenhauspatientinnen und -patienten war laut BARMER Pflegereport 2023 bereits vor der Aufnahme in die Klinik pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Mit einer Analyse der Krankenhausaufenthalte kann derzeit nicht die Ursache-Wirkungs-Beziehung von Pflege und Krankenhausaufenthalt bestimmt werden, dennoch könnte eine Betrachtung des vermeidbaren Potenzials Hinweise geben.

Inwieweit es ein solches Potenzial gibt, Krankenhaussfälle bei Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, lässt sich möglicherweise mit einem Vergleich der Häufigkeit von Krankenhaussfällen mit Pflegebedürftigkeit mit denen von nicht pflegebedürftigen Personen abschätzen. Es gibt allerdings eine Reihe an Erkrankungen, die in besonderem Maße zur Pflegebedürftigkeit führen und zudem auch überproportional häufig insbesondere bei Pflegebedürftigen im Krankenhaus behandelt werden. Dazu gehören beispielsweise viele Krebserkrankungen oder Knochenbrüche (Rothgang & Müller, 2023).

Eine Vielzahl an Krankenhausaufenthalten wird als potenziell vermeidbar angesehen und als ambulant-sensitive (ASK) oder Pflegeheim-sensitive Krankenhaussfälle (PSK) eingeordnet (Bohnet-Joschko et al., 2022; Sundmacher et al., 2015). Hierzu gehören beispielsweise Diabetes mellitus, Volumenmangel, Alkoholsucht, rezidivierende depressive Störungen, Herzinsuffizienz, Atherosklerose oder Rückenschmerzen. Potenziell vermeidbare Krankenhaussfälle können sowohl Folge einer unzureichenden medizinisch-pflegerischen Versorgung sein als auch etwas mit dem individuellen Gesundheitsverhalten oder der Compliance zu tun haben.

Auf Grundlage der BARMER-Daten der Jahre 2017 bis 2022 wird in Tabelle 14 ein lineares Regressionsmodell zur Wahrscheinlichkeit wiedergegeben, dass es innerhalb eines Monats zu einem Krankenhausaufenthalt, eines ASK oder eines PSK kommt. Die Referenzgruppe sind die nicht pflegebedürftigen Männer im Jahr 2017 im Alter von 75 bis 84 Jahren ohne Vorerkrankung. Für diese wird ein Anteil von 1,86 Prozent je Monat berechnet, der einen Krankenhausaufenthalt hat (Konstante im Modell zum Krankenhausaufenthalt).

Tabelle 14: Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts je Monat – lineare Regression

	Krankenhausfall	ASK	PSK
Referenz (Jahr 2017, „nicht pflegebedürftig“, Mann, Alter 75–84 Jahre)	1,86	0,46	0,5
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
nicht pflegebedürftig (Referenzkategorie)	–	–	–
informelle Pflege	3,11	0,95	1,21
Pflegesachleistung	5,26	1,7	2,41
ambulant betreute Wohngruppen	2,62	0,91	1,45
Behinderteneinrichtung	1,15	0,2	0,63
vollstationäre Dauerpflege	2,87	1,06	1,56
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegegrad 1	–0,22	0,02	–0,05
Pflegegrad 2 (zusätzliche Referenzkategorie für Pflegebedürftige)	–	–	–
Pflegegrad 3	0,78	0,07	0,36
Pflegegrad 4	1,15		0,51
Pflegegrad 5	0,19	–0,32	–0,05

Anmerkung: unter Kontrolle von Alterskategorien, Geschlecht und Vorerkrankungen

Quelle: Rothgang & Müller (2023, S. 138 ff.)

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts ist für Pflegebedürftige immens höher als für nicht pflegebedürftige Personen. Dies ist aber zu einem großen Teil durch das höhere Alter und den damit verbundenen schlechteren Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen begründet. Aber auch unter grober Kontrolle der Variablen Alter, Geschlecht, Jahr und vorheriger ambulanter Diagnosen zeigen sich in dem linearen Regressionsmodell Effekte der Versorgungsarten und der Pflegegrade auf die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts (Tabelle 9). Die größte Wahrscheinlichkeit ist bei Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegesachleistungen gegeben (+ 5,26 Prozentpunkte). Aber auch bei Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen ist die Wahrscheinlichkeit noch um 1,15 Prozentpunkte erhöht. Im Vergleich zu Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 bis 5 zusätzlich eine um 0,19 bis 1,15 Prozentpunkte erhöhte Wahrscheinlichkeit.

Die Wahrscheinlichkeit eines potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalts liegt für die Referenzgruppe bei 0,46 (ASK) beziehungsweise 0,50 Prozent (PSK) pro

Monat. Für die Wahrscheinlichkeit eines ASK werden für Pflegebedürftige in den verschiedenen Versorgungsarten und Pflegegraden die gleichen Wirkrichtungen im Modell ermittelt wie für die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts überhaupt. Die Effekte bei den PSK fallen bei den Effekten der Versorgungsarten hingegen durchweg deutlich höher aus. Die Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle sind also nicht nur für Pflegebedürftige in Pflegeheimen relevant, sondern auch für alle anderen Pflegebedürftigen.

Es zeigt sich also insgesamt für Pflegebedürftige eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für einen (potenziell vermeidbaren) Krankenhausaufenthalt. Rund ein Viertel aller Krankenhausbehandlungen bei Pflegebedürftigen entfallen auf diese „ambulant-sensitiven“ beziehungsweise „Pflegeheim-sensitiven“ Diagnosen. In Summe waren das im Jahr 2022 1,1 beziehungsweise 1,3 Millionen Krankenhausfälle (Rothgang, 2023). Auch die Verweildauer im Krankenhaus ist bei Pflegebedürftigen etwa drei Tage länger als bei Nichtpflegebedürftigen (Rothgang & Müller, 2023).

Zusammenfassung

Die Datenanalysen und die Sichtung der Rechtsgrundlagen zeigen, dass es für Deutschland keine belastbare empirische Darstellung über das berufspflegerische ambulante Versorgungsgeschehen gibt. Obwohl für die häusliche Krankenpflege nach SGB V sowie für die ambulante Pflege nach SGB XI von der Bundesebene Rahmenvorgaben existieren, zeigen sich starke regionale Unterschiede im Versorgungsgeschehen hinsichtlich der Angebotsstruktur, der Bedarfslagen und der vertraglichen Ausgestaltung. Eine Zuordnung von Pflegequalifikation und Leistungserbringung oder Erfassung einer bedarfsgerechten Pflege kann auf diesen Grundlagen nicht erfolgen. Die gegenwärtigen Strukturen in

der Pflege thematisiert auch das IGES-Gutachten (Juli 2025), das zum Auftakt der [Bund-Länder AG zur Pflegereform](#) im Juli dieses Jahres (Bundesministerium für Gesundheit, 2025) veröffentlicht wurde. Die Berufspflege ist bis heute stark durch historisch gewachsene, unterschiedliche berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen geprägt, die bundesweit zu einem „regulatorischen Flickenteppich“ geführt haben. Dieser Beitrag soll ein erster Schritt sein, sich der historisch gewachsenen Komplexität anzunehmen. Hierzu gehört auch die Betrachtung der kommunalen Bedarfsplanung (IGES, 2025), die nicht losgelöst vom vertraglichen Versorgungsgeschehen zu sehen ist.

Literaturverzeichnis

BARMER (2025). Positionen der BARMER. Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/barmer-verwaltungsrat-positionen-fuer-eine-tiefgreifende-pflegereform-1346316> [12.09.2025]

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (2025). pallCompare Monitor zur Hospiz- und Palliativversorgung. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/projekte/pallcompare> [12.09.2025]

Bayern. Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/pflege-2/pflege.html> [12.09.2025]

Bohnet-Joschko, S., Valk-Draad, M. P., Schulte, T. & Groene, O. (2022). Nursing home-sensitive conditions: analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations [version 2; peer review: 2 approved]. F1000Research, 10 (1223). doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.73875.2>.

Brühl, A. & Planer, K. (2019). PiBaWü Zur Interaktion von Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität und Personalbedarf. Freiburg im Breisgau.

Bundesagentur für Arbeit – Statistik (2025). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile [12.09.2025]

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025). Beschäftigtenverzeichnis. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/BeVaP/_node.html [14.09.2025]

Bundesinstitut für Berufsbildung – Fachkommission nach § 53 PflBG (2022). Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. Verfügbar unter: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717>. [12.09.2025]

Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025). Bundestag berät über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (11.09.2025). Verfügbar unter: <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundestag-beraet-ueber-die-einfuehrung-einer-bundeseinheitlichen-pflegefachassistentenausbildung-268450> [14.09.2025]

Bundesministerium für Gesundheit (2023). Leistungs-komplexverzeichnis – Übersicht über vereinbarte ambulante Leistungskomplexe in den Bundesländern zum Stichtag 31.12.2023 (Stand: 09.10.2024) Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Achter_Pflegebericht_Anlage_bf.pdf [12.09.2025]

Bundesministerium für Gesundheit (2025). Pflegeberufegesetz. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html> [14.09.2025]

Bundesministerium für Gesundheit (2025). Historie zum Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (06.08.2025). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegekompetenzgesetz-pkg.html> [14.09.2025]

Büscher, A., Zeiser, S. & Gruber, E.-M. (2021). Unterschiede in den Verträgen zur häuslichen Krankenpflege und ihre Konsequenzen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 26 (3), 161–166. doi: 10.1055/a-1339-7416.

Büscher, A., Wingenfeld, K., Wibbeke, D., Loetz, F., Rode, M., Gruber, E.-M. & Stromberg, D. (2018). Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Verfügbar unter: <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf> [12.09.2025]

Dangel, B. & Korporal, J. (2020). Strukturbedingungen der pflegerischen Versorgung – Optionen hinsichtlich Übertragung, Übernahme und Leistungsselbständigkeit. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 74. Jahrgang, 16–26. Verfügbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/de/document/view/pdf/uuid/10089a40-cac5-357d-8a6c-49ebeafc63df?page=1> [12.09.2025]

Dangel, B. & Korporal, J. (2022). Pflege im System der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung: Versorgungseigenständigkeit und -kompetenz vor dem Hintergrund berufs- und leistungsrechtlicher Regelungen. *Sozialer Fortschritt*, 71, 579–612.

DGF – Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (2025). Verfügbar unter: <https://www.dgf-online.de/> [15.09.2025]

Döhler, M. (1997). Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt am Main. Verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/handle/10419/69265> [12.09.2025]

Eylmann, C. (2015). Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. *Habitus in der Altenpflege*. Osnabrück.

FDZ-StaBu – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2025). Pflegestatistik 2017–2023. doi: 10.21242/22411.2023.00.02.1.1.0.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2025). Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in historisierter Verfügbarkeit. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> [12.09.2025]

Genz, K. & von Gahlen-Hoops, W. (2024) (Hrsg.). *Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID)*. Bestandsaufnahme und Empfehlungen für die Pflegebildung von morgen. Verfügbar unter: <https://www.transcript-verlag.de/media/pdf/70/e8/f6/oa9783839473887.pdf> [12.09.2025]

GKV SV (GKV-Spitzenverband) (2013). Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 18.12.2023. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/20231218_Rahmenempfehlungen_132a_Abs.1_SGB_V_zur_Versorgung_mit_haeuslicher_Krankenpflege.pdf [12.09.2025]

GKV SV (GKV-Spitzenverband) (2023). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011, zuletzt geändert am 24.10.2023. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitaetssicherung/20231024_MuG-ambulante-Pflege_Vereinbarungstext.pdf [12.09.2025]

GKV SV (GKV-Spitzenverband) (2025). Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe Stand 10.06.2025. Verfügbar unter: https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/sonstige_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse/Haeusliche-Krankenpflege_20251006.pdf [12.09.2025]

Hackmann, M. (2009). „Also früher war man als Schwester selbständig ...“ Veränderungen in der westdeutschen Gemeindekrankenpflege von 1950 bis in die 1980er Jahre. In A. Thiekötter, H. Recken, M. Schoska & E.-M. Ulmer (Hrsg.), Alltag in der Pflege – Wie machten sich Pflegenden bemerkbar? Beiträge des 8. Internationalen Kongresses zur Geschichte der Pflege 2008. Frankfurt am Main, 191–207.

Häcker, J. (2008). Die soziale Pflegeversicherung. Eine Generationenbilanz. Sozialökonomische Schriften, Band 33. Verfügbar unter: <https://www.peterlang.com/document/1068190> [12.09.2025]

Hamburg. Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege vom 01.04.2024. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/HAM/Vertragspartner/Pflegeversicherung/haeusliche-krankenpflege.html> [12.09.2025]

Heiber, A. & Nett, G. (2018). Förderales Stückwerk. Die Vergütung in den einzelnen Bundesländern. Häusliche Pflege 08/2018, 18–24, Verfügbar unter: https://www.syspra.de/fileadmin/veroeffentlichungen/haeusliche_pflege/hp_08_2018.pdf [12.09.2025]

Heiber, A. (2019). Leistungskataloge und Vergütungen SGB XI 2018. Ein bundesweiter Vergleich – Studie. Langenhagen.

Heiber, A. (2020). Faire Preise? Häusliche Pflege, 56–58. Verfügbar unter: https://www.syspra.de/fileadmin/veroeffentlichungen/haeusliche_pflege/hp_03_2020.pdf [12.09.2025]

Historisches Fachmagazin für Pflege- und Gesundheitsberufe (2024). Geschichte der Gesundheitsberufe. Kleine häusliche Krankenpflege. 2-2024, 13. Jahrgang.

IGES (2022). Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Kapitel 3.4.5.2 Anforderungen an die peri- bzw. postoperative Patientenbetreuung (S. 235–237). Verfügbar unter: https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html [12.09.2025]

IGES (2025). Kommunale Pflegeplanung. Gutachten (11. Februar 2025). Verfügbar unter: https://www.pflegebevollmaechtigte.de/files/upload/pdfs_allgemein/IGES_Endbericht_Gutachten_Kommunale_Pflegeplanung.pdf [15.09.2025]

IGES (2025). Aktuelle Herausforderungen der Sozialen Pflegeversicherung. Vortrag Bund-Länder-AK „Zukunftspakt Pflege“ (7. Juli 2025). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegereform/250707_IGES-Input_Bund-Laender_AG_Zukunftspakt_Pflege.pdf [15.09.2025]

Jürgensen, A. (2023). Pflegehilfe und Pflegeassistent. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. BIBB-Fachbeiträge zur beruflichen Bildung. Verfügbar unter: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19206> [15.09.2025]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025). Mustervordrucke. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-02-vordruckvereinbarung/02_Mustersammlung.pdf [12.09.2025]

Kreutzer, S. (2005). Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main.

Kreutzer, S. (2010). Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 1960er Jahren. In S. Kreutzer (Hrsg.). Transformation pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück, 109–130.

Kreutzer, S. (2024). The Economics of Christian Nursing. How the Cost of Nursing Care was Recalculated during West Germany's Secularisation Process. European Journal for Nursing History and Ethics. 6/2024, 5–20. Verfügbar unter: <https://www.enhe.eu/enhe/issue/view/7/7> [12.09.2025]

Kreutzer, S., Lange, J., Nolte, K., Pfütsch, P. & Prühlen, S. (2025). Lehrbuch Geschichte der Pflege. Für Studium und Ausbildung. Springer, Berlin.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1974). Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Verfügbar unter: <https://kda.de/wp-content/uploads/2018/02/Gutachten.pdf> [12.09.2025]

Läpple, M. (2022). Herausforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Aspekte der Pflegebedürftigkeit aus Sicht von Pflegefachpersonen. Verfügbar unter: https://opus4.kobv.de/opus4-uni-koblenz/frontdoor/deliver/index/docId/2449/file/Ph.D.-Thesis_Herausforderungen+der+Pflegebed%3bc3%bcrftigkeit.pdf [12.09.2025]

Medizinischer Dienst (2025). Begutachtungsinstrument. Verfügbar unter: <https://md-bund.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-begutachtungsinstrument.html> [14.09.2025]

Meng, M., Peters, M. & Dorin, L. (2022). Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. BIBB Discussion Paper. Bundesinstitut für Berufsbildung. Verfügbar unter: https://datapool-bibb.bibb.de/pdfs/Meng_Peters_Dorin_Sondererhebung_BIBB_Pflegepanel.pdf [12.09.2025]

Nolting, H.-D. (2022). Viel Luft nach oben. G+G Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 03/2022: Der Weg ist das Ziel – Für mehr Pflegeverständnis in der Praxis, 12–13. Verfügbar unter: https://archiv.gg-digital.de/imperia/md/gug/archiv/gg_spezial_0322.pdf [12.09.2025]

Rheinland-Pfalz. Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Rheinland-Pfalz gemäß § 132a Abs. 4 SGB V. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/LVen/RLP/Vertragspartner/Pflege/Haeusliche_Krankenpflege.html#:~:text=Die%20h%C3%A4usliche%20Versorgung%20Versicherter%2C%20die,nur%20durch%20zugelassene%20Pflegedienste%20erfolgen [12.09.2025]

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016). BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg.

Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloop, S., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C. & Sticht, S. (2020). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), 246, Bremen.

Rothgang, H. & Müller, R. (2023). BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Berlin.

Saarland. Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/SAA/Vertragspartner/Pflege/Versorgungsplanung-GVP.html> [12.09.2025]

Schleswig-Holstein. Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/LVen/SHS/Vertragspartner/download-center/Pflege.html#par_text_1889604661 [12.09.2025]

Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.

Spitzenverbände der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Köln und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen (im folgenden Pflegedienste genannt) auf Bundesebene (1995). Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI vom 13. Februar 1995. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/75AMB.pdf [12.09.2025]

Statistisches Bundesamt (2025). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011) 2011–2023. Verfügbar unter: <http://gbe-bund.de> [10.06.2025]

Strünck, C. (2000). Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Wiesbaden.

Sundmacher, L., Schüttig, W. & Faisst, C. (2015). Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Berlin. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2012/Sundmacher_LMU_Muenchen.pdf [12.09.2025]

Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) (2024). Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerrechtliche Grundlegung und Einordnung, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Duisburg.

Thüringen. Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 2 SGB V sowie zur Versorgung mit Haushaltshilfe gemäß § 132 Absatz 1 SGB V für den Freistaat Thüringen. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/pflege-1/haeusliche-krankenpflege/_jcr_content/par/download_0/file.res/Rahmenvertrag%20HK_HH.pdf [12.09.2025]

Thüringen. Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/pflege-1/ambulante-pflege/_jcr_content/par/download_4/file.res/Rahmenvertrag_ambulante%20Pflege.pdf [12.09.2025]

Unger, R., Giersiepen, K. & Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In K. Hank & M. Kreyenfeld (Hrsg.). Social Demography – Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demographie. Sonderheft 55 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 193–215. Opladen/Wiesbaden.

VAPiK (2024). Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus. Abschlussbericht Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. und Die Katholischen Krankenhäuser. Verfügbar unter: https://www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de/wp-content/uploads/2024/03/Abschlussbericht_VAPiK-Studie_26032024.pdf [12.09.2025]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verteilung der Pflegebedürftigen nach SGB XI auf die Versorgungsarten je Bundesland im Jahr 2023	8
Abbildung 2:	Ärztliches Verordnungsmuster 12 für häusliche Krankenpflege	11
Abbildung 3:	Monatliche Abrechnungspositionen der häuslichen Krankenpflege je 1.000 Versicherte je Bundesland, 1. und 2. Ziffer ‚03‘ und 3. Ziffer ‚2‘ der Positionsnummern	22
Abbildung 4:	Monatliche Abrechnungspositionen der häuslichen Krankenpflege je 1.000 Versicherte je Bundesland, häufigste 3.–6. Ziffern der Positionsnummern deutschlandweit	23
Abbildung 5:	Versorgungsgrad in der ausschließlich vollstationären Pflege	30
Abbildung 6:	Index des Versorgungsgrads durch Pflegepersonal in der ausschließlich vollstationären Pflege im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nach Qualifikationsniveau	30
Abbildung 7:	Index des Versorgungsgrads durch Pflegepersonal in der ambulanten Pflege im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nach Qualifikationsniveau	31
Abbildung 8:	Index des Versorgungsgrads durch Pflegepersonal in der ausschließlich teilstationären Pflege im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nach Qualifikationsniveau	32
Abbildung 9:	Anteil der Pflegebedürftigen mit HKP bei häuslicher Pflege je Bundesland in Prozent	33
Abbildung 10:	Anteil der Pflegebedürftigen mit HKP bei dauerhafter stationärer Versorgung je Bundesland in Prozent	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Versorgung durch ambulante Pflegedienste im Jahr 2023	5
Tabelle 2:	Versorgung durch Pflegeheime im Jahr 2023	6
Tabelle 3:	Pflegebedürftige und Pflegequoten in den Bundesländern 2023 in Prozent	7
Tabelle 4:	Aufbau des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL (Stand 15. Mai 2025)	12
Tabelle 5:	Gesetzliche Grundlagen in der HKP nach Positionsnummernverzeichnis	15
Tabelle 6:	Art der Versorgung in der HKP nach Positionsnummernverzeichnis	16
Tabelle 7:	Ausschnitt aus dem Positionsnummernverzeichnis über die Art der Vergütung in der HKP, SGB XI und Kombinationen	16
Tabelle 8:	Beispiel A – Zusammenfassung einzelner HKP-Leistungen zu einer Behandlungspflegen- Pauschale für zwei von insgesamt sechs Leistungsgruppen	18
Tabelle 9:	Beispiel B – Zusammenfassung einzelner HKP-Leistungen zu einer Behandlungspflegen- Pauschale für zwei von insgesamt acht Behandlungspflegen	19
Tabelle 10:	Beispiel C – HKP-Leistungen am Beispiel von zwei Einzelvergütungspositionen	20
Tabelle 11:	Übersicht über die unterschiedliche Beschreibung und Nummerierung des Leistungskomplexes „Lagern“ in den einzelnen Bundesländern (zusammengestellt auf Grundlage des Leistungs- komplexverzeichnisses)	26
Tabelle 12:	Unterschiedlich ausformulierte Beschreibung des Leistungskomplexes „Lagern“ in den Bundesländern Bayern, Schleswig-Holstein, Thüringen, Rheinland-Pfalz	27
Tabelle 13:	Soll-Personalschlüssel – Pflegekräfte je pflegebedürftige Person nach Qualifikationsniveau	29
Tabelle 14:	Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts je Monat – lineare Regression	35

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autorinnen und Autoren

Sonja Laag,
BARMER

Rolf Müller,
SOCIUM – Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik –
an der Universität Bremen

Design und Realisation

Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin

November 2025

DOI

10.30433/ePPflege.2025.001

Copyright



Lizenziert unter CC BY-ND 4.0