

Der Pflegedienst

Informationen der bpa-Bundesgeschäftsstelle
für ambulante Pflegedienste/Ausgabe 1/2026

Vorwort

Aktuelles, Gesetze und Verfahren

- 01 DiPS Empfehlungen zur IT-Sicherheit in ambulanten Pflegediensten
- 02 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachassistenz im Bundesrat verabschiedet
- 03 Qualitätsdarstellungsvereinbarung ambulant (QDVA) wurde veröffentlicht
- 04 QPR-Betreuungsdienste wurde veröffentlicht

Gut zu wissen

- 05 Urteil des Landessozialgericht Thüringen zur Verhinderungspflege
- 06 Online-Befragung zur Entwicklung eines Versorgungspfades für Menschen mit Alzheimer-Demenz
- 07 PIA ist da: Digitale Unterstützung für die TI-Anbindung
- 08 Neue S3-Leitlinie zum Delir im höheren Lebensalter
- 09 Altenpflegemesse in Essen
- 10 GAP: Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Aktuelle Meldungen und Länderberichte

- 11 Berichte aus den bpa-Landesgruppen

Aktuelle Meldungen und Länderberichte Intensivpflege

- 12 Länderberichte
- 13 BSG entscheidet zur Höhe der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger nach der Kostenabgrenzungsrichtlinie in der außerklinischen Intensivpflege

Steuern und Finanzen

- 14 Aktuelle steuerrechtliche Entwicklungen

Angebote der bpa Servicegesellschaft und der apm

- 15 Aktuelles von der bpa Servicegesellschaft
- 16 Maßgeschneidertes Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildung für Ihr Unternehmen

Impressum:

Der Pflegedienst - hrsg. v. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
Friedrichstraße 148, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 30 87 88 60, Fax: (0 30) 30 87 88 89

Bund@bpa.de - www.bpa.de

Verantwortlich für den Inhalt: Norbert Grote, Sven Wolfram

Der Bezugspreis ist im Mitgliederbeitrag enthalten.

Vorwort

Liebe Mitglieder,

das erste Quartal des Jahres ist vorbei und noch immer ist offen, wann es mit der groß angekündigten Pflegereform losgeht. Angesichts der derzeit laufenden parlamentarischen Verfahren zur Krankenhausreform, zur Apothekenreform, zum Medizinregister-Gesetz, zur Notfallreform, zur Digitalisierung in der Gesundheit, zur Finanzreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung und weiteren Gesetzen ist vermutlich frühestens nach Ostern mit einer Ressort-Abstimmung zur Pflegereform zu rechnen. Bis endlich ein Referentenentwurf vorliegt, werden also noch einige Wochen ins Land gehen.

Auf der bevorstehenden Altenpflege-Messe in Essen vom 21. bis 23. April 2026 wird es dennoch nicht langweilig werden. Diskussionsbedarf gibt es zu Genüge, sei es zum Personalmangel, zu den schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Betreiber von Pflegeeinrichtungen, zur noch immer vielerorten herrschenden überbordenden Bürokratie, zur (nur schleppend) voranschreitenden Digitalisierung und vielen weiteren Themen. Der bpa ist als Kooperationspartner nicht nur mit einem Messestand (Halle 8 | Stand 204) vertreten, sondern auch an einigen Kongressveranstaltungen beteiligt. Überzeugen Sie sich gerne persönlich und kommen Sie vorbei. Alle wichtigen Informationen zur Messe, zum Kongressprogramm und zu den Tickets finden Sie [hier](#).

Zuletzt mussten die größeren ambulanten Pflegedienste das Gesetz zur Umsetzung der NIS-2-Richtlinie in den Blick nehmen, mit dem eine umfassende Modernisierung des Cybersicherheitsrechts in Kraft trat. Das Gesetz erhöht die Anforderungen an die Cybersicherheit der Bundesverwaltung sowie bestimmter Unternehmen. Wir haben hierzu umfassend in der [Ausgabe 4/2025](#) berichtet. Nun hat das BSI für ambulante Pflegedienste Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Cybersicherheit veröffentlicht. Lesen Sie mehr dazu im [Artikel 1](#).

Daneben enthält die aktuelle Ausgabe von DER PFLEGEDIENST weitere nützliche Informationen für Ihren Arbeitsalltag, etwas die [Angebote der bpa Servicegesellschaft](#), Hinweise zur neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachassistenten oder Erläuterungen zu einem aktuellen Urteil zur Verhinderungspflege.

Wir wünschen Ihnen erhellende Lektüre und frohe Osterfeiertage.

Herzlichst

Norbert Grote
Hauptgeschäftsführer

Sven Wolfram
Geschäftsführer, Leiter Geschäftsbereich ambulante Versorgung



Aktuelles, Gesetze und Verfahren

01 Empfehlungen zur IT-Sicherheit in ambulanten Pflegediensten

In unserer letzten Ausgabe haben wir ausführlich zu den aus der EU-Richtlinie NIS-2 entstehenden neuen Anforderungen an Unternehmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit (Cybersicherheit) informiert und für alle betroffenen Pflegedienste eine umfassende [Arbeitshilfe](#) erstellt. Unabhängig davon, ob ein Pflegedienst unter die Regelungen der NIS-2-Richtlinie fällt und daher zu umfassenden Sicherheitsmaßnahmen verpflichtet ist, sollten sich auch kleinere Pflegedienst-Betreiber über bestehende Bedrohungen klar sein. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (**BSI**) hat nun Empfehlungen zur Verbesserung der IT-Sicherheit in ambulanten Pflegediensten herausgegeben. Ziel ist es, die Pflegedienste beim sicheren Betrieb von Pflegedokumentationssystemen zu unterstützen. Dazu wurde eine Sammlung von Empfehlungen und Best Practices zusammengestellt.

Die Handlungsempfehlungen dienen als Grundlage für einen fachlichen Austausch zwischen dem BSI, Pflegediensten und der Industrie. In den Empfehlungen des BSI wird folgendes Angriffsszenario beschrieben:

„Ein Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes nutzt für seine Arbeit ein Smartphone, um auch mobil Daten zu erfassen. Aus Bequemlichkeit hat der Mitarbeiter für das ausschließlich dienstlich genutzte Smartphone die PIN „1234“ verwendet. Auf dem Weg nach Hause verliert er das Smartphone, das von einer unbekannten Person gefunden wird. Diese findet die PIN sofort heraus und hat damit Zugriff auf das Smartphone sowie auf die dienstliche App zur Verbindung zum Pflegedokumentationssystem. An dieser Stelle ist die Person sofort in der Lage, alle Patientendaten auszulesen, die vom Mitarbeiter betreut wurden. Dies stellt bereits einen ernst zu nehmenden Sicherheitsvorfall dar. Neben dem Zugriff auf die Pflege-App erhält die Person allerdings auch Zugangsdaten für das VPN. Damit hat sie nun Zugriff auf das interne Netzwerk des Pflegedienstes. Der Pflegedienst betreibt einen Terminalserver, auf dem eine Client-Software für das Pflegesystem installiert ist. Diese verbindet sich direkt mit der Datenbank, in der alle Patientendaten gespeichert werden. Für die Verbindung zwischen Client-Software und Datenbank sind ein Nutzernamen und ein Passwort erforderlich. Die Software speichert diese Zugangsdaten allerdings auf unsichere Weise auf jedem Endgerät, einschließlich des Terminalservers. Eine unbekannte Person kann die Zugangsdaten zur Datenbank daher einfach auslesen und erhält dann vollen Zugriff auf die Datenbank. Zunächst kopiert die Person den gesamten Datenbankinhalt. Im nächsten Schritt droht sie dem Pflegedienst damit, alle Daten aus der Datenbank zu löschen, wenn sie kein Lösegeld erhält. Gleichzeitig droht die Person damit, die gestohlenen Daten im Darknet zu verkaufen.“

Die Nutzung mobiler Endgeräte für die Pflegedokumentation und Abrechnung vergrößert die Angriffsfläche im Vergleich zu stationären Einrichtungen deutlich. Das Beispiel zeigt auch, wie wichtig sichere Software und Sicherheitsvorkehrungen für ambulante Pflegedienste sind.

Bewertung des bpa

Auch ambulante Pflegedienste, die nicht unter die Regelungen der NIS-2-Richtlinie fallen, sollten sich entsprechend gegen Cyber-Kriminalität absichern. Die Empfehlungen des BSI umfassen 20 Seiten mit vielen praktischen Hinweisen. Sie sind [hier](#) erhältlich.

02 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachassistenz im Bundesrat verabschiedet

Der Bundesrat hat zwischenzeitlich die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegefachassistenz“ (PflFAssAPrV) - eine gemeinsame Vorlage der beiden Bundesministerien BMG und BMFSFJ - beschlossen. Sie ergänzt das Pflegefachassistenzgesetz, mit dem eine neue bundeseinheitliche Pflegefachassistenzausbildung eingeführt wird.



Diese löst die bisherigen 28 unterschiedlichen Ausbildungen in den Bundesländern ab. Die Ausbildung dauert 18 Monate und soll die erforderlichen Kompetenzen vermitteln, um in nicht komplexen Pflegesituationen Pflegemaßnahmen selbstständig und in komplexen Pflegesituationen Pflegemaßnahmen mitwirkend erbringen zu können.

Wichtige Eckpunkte der Verordnung

Die Ausbildung besteht aus

- theoretischem und praktischem Unterricht im Umfang von 1.050 Stunden und
- aus einer praktischen Ausbildung von 1.280 Stunden.
- Der überwiegende Teil der praktischen Ausbildung soll beim Träger der praktischen Ausbildung stattfinden, heißt mindestens 680 Stunden (von insgesamt 1.280 Stunden).

Regelungen zur Praxisanleitung (PA) in Teilen abweichend zum Pflegeberufgesetz (PflBG) → Qualifikation der PA:

- Die PA erfolgt im Umfang von mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit und durch
- Pflegefachpersonen mit PA-Qualifikation (300 Std. bzw. Bestandschutz für PA, die vor dem 01.01.2020 ihre Qualifikation absolviert haben +24 Std. Jahrespflichtfortbildung).
- Übergangsregelung bis 31.12.2029: Pflegefachpersonen mit 1-jähriger Berufserfahrung ohne PA-Qualifikation, Fristverlängerung bis zum 31.12.2031 für Personen, die vor dem 31.12.2029 eine Qualifikation zur Praxisanleitung begonnen, aber noch nicht abgeschlossen haben.
- PA bis zu 50 Prozent durch ausgebildete Pflegefachassistenten mit mind. 1-jähriger Berufserfahrung und PA-Qualifikation (300 Std. + 24 Std. Jahrespflichtfortbildung).
- PA im Bereich von ärztlich angeordneten und zur Übertragung geeigneten medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Interventionen MUSS durch Pflegefachpersonen erfolgen.

Die staatliche Prüfung besteht aus drei Prüfungsteilen.

- Schriftlich: Zwei schriftliche Aufsichtsarbeiten mit einer Dauer von jeweils 120 Minuten.
- Mündlich: komplexe Aufgabenstellung in Form der Bearbeitung einer Fallsituation (keine Präsentationsprüfung), mind. 20 Minuten, max. 30 Minuten
- Praktisch: reale und nichtkomplexe Pflegesituationen, sollte 120 Minuten nicht überschreiten, Fallvorstellung max. 20 Minuten, Reflexion max. 20 Minuten
- Die staatliche Prüfung ist bestanden, wenn ALLE Prüfungsteile mit mind. ausreichend bewertet worden sind.
- Jeder Teil der staatlichen Prüfung kann einmal wiederholt werden, im schriftlichen Teil der staatlichen Prüfung kann jede der beiden Aufsichtsarbeiten einmal wiederholt werden.
- Die Vornoten (schriftlich, mündlich, praktisch) finden mit jeweils 25 Prozent Berücksichtigung.

Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung:

Grundsätzlich sind für die geforderten Pflichteinsätze jeweils 240 Stunden vorgesehen. Jedoch kann bis zum 31.12.2032 der Pflichteinsatz in der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen oder in der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege um bis zu 120 Stunden reduziert werden, die dann den Stunden zur freien Verfügung hinzugerechnet werden.

Bewertung des bpa

Wie bereits beim Pflegefachassistentengesetz (PflAssG) werden weder die (nicht vorhandenen) Ressourcen noch die Notwendigkeit der Versorgungsabsicherung berücksichtigt. Die Refinanzierung wird auf der einen Seite sicher Schwung mit sich bringen, auf der anderen Seite werden die Faktoren Lehrkräfte, Praxisanleitungen und die auch im PflAssG für eine Ausbildung mit 18 Monaten hoch angesetzten Anforderungen die Grenzen sowohl für die Ausbildung nach PflBG wie auch PflAssG aufzeigen.



Der bpa arbeitet derzeit an einer Arbeitshilfe zur neuen bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung. Darin sollen die Grundzüge der Ausbildung, die Finanzierung, die Anforderungen an die Träger der praktischen Ausbildung sowie die Übergangsvorschriften erläutert werden. Wir werden die Arbeitshilfe schnellstmöglich zur Verfügung stellen.

03 Qualitätsdarstellungsvereinbarung ambulant (QDVA) wurde veröffentlicht

Der Qualitätsausschuss Pflege hat im Dezember 2025 die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen (QDVA) nach § 115 Abs. 1a SGB XI **Teil 1a für Pflegedienste** und **Teil 1b für Betreuungsdienste** beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Februar 2026 seine Nichtbeanstandung ausgesprochen. Die beiden Teile der QDVA finden Sie [hier](#).

Die QDVA tritt zum 1. Juli 2026 in Kraft - zeitgleich mit den geänderten MuGs ambulant und den angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Die QDVA basiert auf dem neu entwickelten Qualitätssystem für die ambulante Pflege. Sowohl Teil 1a als auch Teil 1b enthält neben dem Vereinbarungstext Erläuterungen zu

- den unterschiedlich aufbereiteten Informationsangeboten (Anlage 1),
- den vom Pflege- bzw. Betreuungsdienst bereitzustellenden Informationen (Anlagen 2 bis 3),
- der Darstellung der Prüfergebnisse einschließlich der Erläuterung der Bewertungssystematik (Anlagen 4 bis 6).

Teil 1a umfasst die Qualitätsdarstellung für die allgemeine und für die spezialisierte ambulante Pflege. Zu letzterer gehören die außerklinischen Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege.

Für die QDVA gilt eine Übergangsregelung von 14 Monaten ab Inkrafttreten. Damit Pflegedienste im Internet nicht plötzlich ohne Bewertung dastehen, bleiben die alten Prüfberichte so lange online, bis die erste Prüfung nach neuem System durchgeführt wurde. Bis Ende August 2027 muss deswegen auf allen Pflege-Portalen ein Disclaimer erscheinen, der die Pflegekunden über die unterschiedlichen Systeme informiert. Dies soll verhindern, dass Pflegedienste mit neuen (vielleicht kritischeren) Berichten gegenüber Diensten mit alten „Traumnoten“ benachteiligt werden, nur weil letztere noch nicht nach dem neuen, strengeren System geprüft wurden.

04 Qualitätsprüfungs-Richtlinie Betreuungsdienste veröffentlicht

Die neue QPR ambulant (Teil 1a) wurde im August 2025 vom BMG freigegeben und auf der Homepage des Medizinischen Dienstes veröffentlicht. Zeitgleich wurden die Qualitätsprüfungsrichtlinien für **ambulante Betreuungsdienste** (Teil 1 b) [veröffentlicht](#). Beide Teile treten zum 1. Juli 2026 in Kraft.

Auch bei den Betreuungsdiensten muss die Prüfung nun zwei Arbeitstage zuvor angekündigt werden. Hierfür hatte sich der bpa erfolgreich eingesetzt. Die QPR für Betreuungsdienste ist sehr ähnlich aufgebaut wie die QPR für Pflegedienste, die folgende fünf Qualitätsbereiche enthält:

Qualitätsbereich 1 - Fragen zum Aufnahmemanagement

Qualitätsbereich 2 - Pflegerische Leistungen nach SGB XI

Qualitätsbereich 3 - Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege

Qualitätsbereich 4 - Zusammenarbeit mit Angehörigen, Erfassung von Anzeichen auf Gewalt

Qualitätsbereich 5 - Qualitätsmanagement und Hygiene

Folgende Abweichungen von der QPR ambulant sind für Betreuungsdienste relevant:

Stichprobe

Die neue QPR für die Betreuungsdienste weicht bei der Stichprobe von der bisherigen Praxis nur geringfügig ab. Bisher wurden fünf versorgte Personen in die Stichprobe einbezogen, ab Juli 2026 sind es sechs versorgte Personen.

**Die Qualitätsbereiche sind etwas anders strukturiert:**

Im **Qualitätsbereich 1** werden - genau wie bei Pflegediensten - mit Fragen zum Aufnahmemanagement, zur Erfassung von Reaktionen auf Risiken und Gefahren und auf Anzeichen einer Destabilisierung drei Qualitätsaspekte unabhängig von den mit dem Kunden vereinbarten Leistungen geprüft. Ein zusätzlicher Fokus - im Vergleich zu den ambulanten Pflegediensten - wird im Qualitätsbereich 1 auf die Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte gelegt.

Qualitätsbereich 2 konzentriert sich auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und die Erfassung und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung. Die Fragen werden in Betreuungsdiensten zwar gestellt, die Antworten dazu vom MD aber nicht bewertet. Qualitätsbereich 2 soll die Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes für Gewalt, Vernachlässigung etc. sensibilisieren. Gegebenenfalls können die Prüfer den Betreuungsdienst während der Prüfung beraten und unterstützen.

In **Qualitätsbereich 3** wird das interne Qualitätsmanagement, die Hygiene und die Aufgabenwahrnehmung und Qualifikation durch die verantwortliche Fachkraft beleuchtet.

Schulungen zur QPR-Betreuungsdienste werden demnächst durch die apm als E-Learning-Kurse angeboten.



Gut zu wissen

05 Urteil des Landessozialgerichts Thüringen zur Verhinderungspflege

Das LSG Thüringen knüpft den Anspruch auf Verhinderungspflege an den tatsächlichen Bezug von Pflegegeld

In einer bislang noch wenig beachteten Entscheidung vom 12. November 2025 (L 12 P 500/21) hat das Landessozialgericht Thüringen (LSG Thüringen) entschieden, dass Voraussetzung für die Gewährung von Verhinderungspflege die Gewährung von Pflegegeld ist. Diese Feststellung ist so überraschend wie rechtsfehlerhaft. Sie dürfte aber künftig für zusätzliche juristische Auseinandersetzungen zwischen den Versicherten und ihren Pflegekassen führen.

Sachverhalt

Die Klägerin, seit 2018 pflegebedürftig und ab dem 22. August 2019 mit Pflegegrad 3, lebte zunächst zu Hause und erhielt Kombinationsleistungen durch einen Pflegedienst und ihre Töchter. Nach ihrem Umzug in eine Senioren-Wohngemeinschaft benannte die Versicherte gegenüber der Pflegekasse keine privaten Pflegepersonen mehr und erhielt ausschließlich Pflegesachleistungen. Ab September 2019 reichte der Pflegedienst regelmäßig Abrechnungen über stundenweise Verhinderungspflege ein, die die Pflegekasse mit der Begründung ablehnte, es gebe keine private Pflegeperson, deren Verhinderung kompensiert werden müsse. Die Tochter der Klägerin widersprach und trug vor, sie, ihre Schwester und ihr Ehemann seien weiterhin in die Pflege eingebunden, während der Pflegedienst lediglich im Verhinderungsfall einspringe. Nach umfangreichem Schriftwechsel, Rückfragen zu Art und Umfang der angeblichen Angehörigenpflege sowie einer Leistungsumstellung bewilligte die Pflegekasse nur den Wohngruppenzuschlag und lehnte die Verhinderungspflege für 2019 und 2020 mit mehreren Bescheiden ab. Mit ihrer Klage begehrt die Klägerin die Erstattung der im Zeitraum vom 22. August 2019 bis 31. Dezember 2020 geltend gemachten Verhinderungspflegekosten.

Entscheidungsgründe

Das LSG Thüringen verneint einen Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, weil wesentliche Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Es fehlt bereits an einem echten Verhinderungsfall: Die geltend gemachten regelmäßigen wöchentlichen Einsätze des Pflegedienstes entsprechen keinem vorübergehenden oder plötzlich eintretenden Ausfall einer Pflegeperson, sondern einem dauerhaften Pflegekonzept. Zudem war nicht nachvollziehbar, ob nach dem Umzug in die Wohngemeinschaft überhaupt noch private Pflegepersonen tatsächlich Pflegeleistungen erbrachten. Entscheidender Ausschlussgrund ist jedoch, dass der Klägerin im streitigen Zeitraum ausschließlich Pflegesachleistungen in voller Höhe, nicht aber - auch nicht anteilig - Pflegegeld gewährt wurde; ohne Pflegegeld kann die Verhinderungspflege als dessen Surrogat rechtlich nicht entstehen. Die Ablehnungsbescheide der Pflegekasse seien daher rechtmäßig.

Rechtsfehlerhafte Abhängigkeit vom Bezug von Pflegegeld

Das LSG Thüringen verneint den Anspruch maßgeblich mit der Begründung, Verhinderungspflege setze zwingend den Bezug von Pflegegeld voraus. Da die Klägerin ausschließlich Pflegesachleistungen in voller Höhe bezogen hat, bestand kein Anspruch auf - auch nur anteiliges - Pflegegeld. Verhinderungspflege setze nach Ansicht des LSG Thüringen jedoch voraus, dass sie das ausfallende Pflegegeld der privaten Pflegeperson ersetzt und sieht sich durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) mit seinem Urteil vom 20. April 2016 (B 3 P4/14 R) bestätigt. Tatsächlich hat das BSG in dieser Entscheidung festgestellt, dass das Verhinderungspflegegeld nach § 39 SGB XI für die Zeit der Verhinderung der Pflegeperson grundsätzlich das Pflegegeld ersetzt. Hieraus schließt das LSG Thüringen absurderweise, dass Verhinderungspflege als Ersatz nur dann geleistet werden kann, wenn vorher Pflegegeld geleistet wurde. Anderenfalls scheidet ein Anspruch auf Verhinderungspflege grundsätzlich aus.

Das Urteil des BSG wird vom LSG Thüringen allerdings völlig aus dem Zusammenhang gerissen. Denn das BSG hatte zu entscheiden, ob im konkreten Fall der (stundenweisen) Verhinderungspflege das zuvor bezogene Pflegegeld auch während der Zeit der Verhinderung von der Pflegekasse weitergezahlt werden muss. Allein in diesem Zusammenhang hat das BSG entschieden, dass das Verhinderungspflegegeld grundsätzlich ein Ersatz für das Pflegegeld ist und die Ersatzpflege darauf gerichtet sei, den Ausfall der nicht erwerbsmäßigen Pflegeperson zu kompensieren. Nur deshalb schließt ein Anspruch auf Verhinderungspflege in der Regel einen Anspruch auf Pflegegeld aus. Zu der Frage, ob eine Kumulation von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI möglich ist, hat sich das BSG überhaupt nicht geäußert. Ganz im Gegenteil: Das BSG nimmt in



dieser Entscheidung Bezug auf eine viel ältere Rechtsprechung (B 3 RK 4/95), in der es ganz selbstverständlich davon ausgeht, dass auch bei ausgeschöpfter Sachleistung Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden kann.

Mögliche Auswirkungen

Das Fatale an der Entscheidung des LSG Thüringen ist nunmehr, dass es künftig vermehrt passieren dürfte, dass Pflegekassen Versicherten, die ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen, einen Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI mit Hinweis auf dieses Urteil verweigern werden. Das dürfte in Zukunft möglicherweise zu einer ganzen Reihe von unnötigen rechtlichen Auseinandersetzungen führen. Klar ist: diese Rechtsauffassung des LSG ist systemwidrig. § 39 SGB XI stellt ausdrücklich auf die Verhinderung der Pflegeperson ab - nicht auf die gleichzeitige Zahlung von Pflegegeld. Die Erbringung von Sachleistung schließt die gleichzeitige Verhinderung einer privaten Pflegeperson nicht aus. Eine gesetzliche Regelung, die Verhinderungspflege ohne Pflegegeldbezug ausschließt, existiert nicht. Daher sollten Versicherte, die eine entsprechende Ablehnung ihres Antrages auf Kostenübernahme zur Verhinderungspflege mit der Begründung erhalten, sie beziehen lediglich Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, rechtliche Hilfe in Anspruch nehmen und einen möglichen Widerspruch in Betracht ziehen.

Der gesetzliche Anspruch auf Verhinderungspflege ergibt sich unmittelbar aus § 39 Abs. 1 SGB XI. Daraus folgen drei zentrale Voraussetzungen:

1. Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2,
2. häusliche Pflege durch eine Pflegeperson,
3. Verhinderung dieser Pflegeperson (Urlaub, Krankheit oder sonstige Gründe).

Ein weiterer Ausschlussstatbestand ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Für die Begründung eines Anspruches auf Verhinderungspflege nach Ablehnung durch die Pflegekassen mangels Pflegegeldbezuges ist klarzustellen, dass § 36 SGB XI keinen Hinweis darauf enthält, dass die Inanspruchnahme von Sachleistungen Auswirkungen auf andere Leistungsansprüche - insbesondere die Verhinderungspflege - hätte. Auch § 39 SGB XI sieht keine Beschränkung dahingehend vor, dass der Anspruch entfällt, wenn kein Pflegegeld bezogen wurde. Damit ergibt sich bereits aus dem Wortlaut des Gesetzes, dass ein Ausschluss von Sachleistungsempfängern nicht besteht.

Auch die systematische Betrachtung des Leistungsrecht der Pflegeversicherung zeigt, dass der Gesetzgeber gerade keinen generellen Vorrang einzelner Leistungsarten vorsieht, sondern vielmehr die Kombinierbarkeit von Leistungen ausdrücklich zulässt. Wäre gewollt gewesen, dass Sachleistungsempfänger von der Verhinderungspflege ausgeschlossen werden, hätte der Gesetzgeber dies - wie bei anderen Leistungskombinationen - ausdrücklich geregelt. Ein solcher Ausschluss ist weder in § 36 SGB XI noch in § 39 SGB XI enthalten.

Vor allem aber besteht der Zweck der Verhinderungspflege darin, die kontinuierliche häusliche Pflege sicherzustellen, auch wenn die Pflegeperson zeitweise verhindert ist. Der Schutz der Pflegeperson vor Überlastung (insbesondere durch Urlaub oder Krankheit) ist ein zentrales Anliegen der Vorschrift. Dieser Zweck ist unabhängig davon, ob die Pflege im Alltag durch Angehörige, einen Pflegedienst oder eine Kombination erfolgt. Entscheidend ist, dass mindestens eine Pflegeperson die Pflege in der häuslichen Umgebung übernommen hat und nun verhindert ist. Ein Ausschluss von Pflegesachleistungsempfängern würde den Zweck der Norm konterkarieren. Denn auch Personen die durch einen Pflegedienst versorgt werden und ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erhalten, können zusätzlich durch Angehörige oder andere Pflegepersonen gepflegt werden, die selbst entlastet werden müssen.

Deshalb ist festzustellen, dass der Anspruch auf Verhinderungspflege leistungsunabhängig besteht, sofern die Tatbestandsvoraussetzungen von § 39 SGB XI erfüllt sind. Davon geht im Übrigen auch der GKV-Spitzenverband in seinem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 1. Juli 2025 aus.



06 Online-Befragung zur Entwicklung eines Versorgungspfades für Menschen mit Alzheimer-Demenz

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (NDS) das Forschungsprojekt „Entwicklung eines Versorgungspfades für Menschen mit Alzheimer-Demenz (und ihrer Angehörigen)“.

Das Projekt konzentriert sich auf die Entwicklung eines im ambulanten Versorgungssetting umsetzbaren Versorgungspfades. Als häufigste Form stellt die Alzheimer-Demenz besondere Anforderungen an die Versorgungsstrukturen. Das Projekt wird von November 2025 bis November 2027 durch das IGES Institut zusammen mit dem Arbeitsbereich Altersmedizin des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a. M. durchgeführt. Die Online-Befragung findet voraussichtlich vom 20. April bis zum 22. Mai 2026 statt. Sie können sich [hier](#) registrieren und erhalten dann automatisch den Fragebogen zugesandt. Auch nähere Informationen und erste Ergebnisse finden Sie auf der Homepage unter www.versorgungspfad-demenz.de/

Im Projekt werden unterschiedliche Akteure befragt, neben Pflegediensten auch geriatrische und psychiatrische Institutsambulanzen, Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. Physio-/Ergo-/Logo-/Psychotherapie und psychosoziale Unterstützung und Beratung); Beratungsstellen, Seniorenbegegnungsstätten, Kommunen, Selbsthilfegruppen und -organisationen, Betreuungsdienste und Tagespflegen, Forschungseinrichtungen, Leistungserbringerverbände und auch Kostenträger.

Bei den Fragen geht es um die notwendigen Bedingungen und Ressourcen für die Ausübung der jeweiligen Rolle im Versorgungspfad aus Sicht der unterschiedlichen Akteure. Es sollen Schnittstellen, Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen und regionale Versorgungs- und Angebotsstrukturen erfasst werden.

Wir bitten alle Pflegedienste an der Online-Befragung teilzunehmen.

07 PIA ist da: Digitale Unterstützung für die TI-Anbindung

Die Telematikinfrastruktur (TI) ist längst kein Zukunftsthema mehr: Seit Juli 2025 sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, angebunden zu sein. Der Blick in die Praxis zeigt aber, dass viele Einrichtungen noch mitten im Prozess stecken. Für technische Voraussetzungen, Antragsverfahren und organisatorische Fragen im Zusammenhang mit der TI bleibt im Alltag oft wenig Zeit. Genau hier setzen wir als bpa an - und gehen jetzt einen neuen, zusätzlichen Weg.

PIA - die Persönliche-Info-Assistentin

Seit Anfang März steht unseren Mitgliedern mit PIA eine neue digitale Unterstützung zur Verfügung. PIA ist ein KI-gestützter Chatbot, der im geschützten Mitgliederbereich rund um die Uhr erreichbar ist und Fragen rund um die TI beantwortet.

Ob erste Orientierung oder konkrete Einzelfrage: PIA hilft dabei, schnell Antworten zu finden und die nächsten Schritte zu erkennen.

Die Realität: Viel passiert - aber noch nicht alle sind angebunden

Aktuelle Zahlen der gematik zeigen: Rund 83 Prozent der Pflegeeinrichtungen haben bereits eine SMC-B beantragt - ein wichtiger Schritt. Gleichzeitig sind aber nur etwa 57 Prozent im Verzeichnisdienst (VZD) der gematik registriert. (Stand 19.03.2026).

Das macht deutlich: Zwischen Antrag und tatsächlicher Anbindung liegen noch einige Hürden. Und genau an diesen Punkten brauchen viele Einrichtungen Unterstützung.

PIA: Weniger suchen, mehr umsetzen

Der Chatbot liefert nicht nur Antworten, sondern verweist auch direkt auf die richtigen Stellen - zum Beispiel auf Antragsseiten beim elektronischen Gesundheitsberuferegister oder beim GKV-Spitzenverband. Das erspart aufwendige Recherche und hilft dabei, schneller ins Handeln zu kommen.



PIA kommt nicht allein: Schon heute unterstützen wir unsere Mitglieder mit einer TI-Videoreihe und zahlreichen Arbeitshilfen.

Mit PIA gehen wir den nächsten Schritt: Alle relevanten Informationen werden erstmals gebündelt, jederzeit abrufbar und niedrigschwellig zugänglich gemacht. Damit ist PIA so etwas wie das „Sahnehäubchen“ auf unserem bestehenden Angebot - und gleichzeitig ein Einstieg in weitere digitale Unterstützungsformate.

Ein Blick nach vorn: Abrechnung über die TI

Die Unterstützung kommt zu einem entscheidenden Zeitpunkt: Ab dem 1. Oktober 2027 wird die elektronische Abrechnung für Leistungen nach SGB XI und SGB V in der ambulanten Pflege verpflichtend über die TI erfolgen. Aber: Es reicht nicht, einfach angebunden zu sein. Einrichtungen müssen ihre Leistungen digital erfassen, geeignete Endgeräte einsetzen und bestehende Abläufe anpassen. Das bedeutet spürbare Veränderungen im Arbeitsalltag.

Und auch wenn 2027 noch weit entfernt wirkt - tatsächlich bleiben ambulanten Diensten nur noch 18 Abrechnungszyklen, um die neuen Verfahren zu erproben, bevor es ernst wird.

Auch hier entfaltet PIA seinen Nutzen: Der Chatbot begleitet Schritt für Schritt, zeigt die notwendigen Maßnahmen auf und bündelt alle relevanten Informationen, ergänzend zur TI-Arbeitshilfe.

Gut zu wissen: Fördermittel für die digitale Umstellung

Gerade für ambulante Dienste lohnt sich ein Blick auf die bestehenden Fördermöglichkeiten: Die Mittel aus § 8 Absatz 8 SGB XI sind bislang nur etwa zur Hälfte abgerufen worden.

Gefördert werden digitale Anwendungen, technische Ausstattung und Schulungen. Dazu können auch Investitionen gehören, die für die Umstellung auf die TI-gestützte Abrechnung notwendig sind - etwa mobile Endgeräte für die Touren oder Software zur digitalen Leistungserfassung und Dokumentation.

Wichtig für die Praxis: Die Förderung ist einrichtungsbezogen. Das bedeutet, dass beispielsweise ein Träger mit ambulantem Pflegedienst und einer Tagespflege zweimal die Fördermittel beantragen kann. Nutzen Sie diese Möglichkeiten frühzeitig, um notwendige Anpassungen strukturiert anzugehen.

Wir bleiben dran - auch vor Ort

Besuchen Sie uns auf der Altenpflegemesse in Essen und erleben Sie PIA live: Die Persönliche-Info-Assistentin wird wieder am bpa-Stand zu Gast sein.

08 Neue S3-Leitlinie zum Delir im höheren Lebensalter

Delirien zählen zu den häufigsten Komplikationen im höheren Lebensalter, insbesondere bei Menschen mit Demenz, kognitiven Einschränkungen oder Frailty. Schon geringe Auslöser wie Infektionen, Schmerzen, Flüssigkeitsmangel oder bestimmte Medikamente können ein Delir hervorrufen.

Nun wurde eine neue S3-Leitlinie veröffentlicht, die erstmals einen sektorenübergreifenden Standard mit 69 evidenzbasierten Empfehlungen bietet. Sie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGPP) sowie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) unter Beteiligung von 37 weiteren Fachgesellschaften entwickelt.

Da ein Delir mit erhöhter Mortalität, einer höheren Wahrscheinlichkeit dauerhafter Pflegebedürftigkeit und einem deutlichen Demenzrisiko verbunden ist, bewertet die Leitlinie das Delir in allen Versorgungsbereichen als medizinischen Notfall mit behandelbarer Ursache und als Qualitätsindikator der Versorgung. Für die Langzeitpflege steht die Prävention im Mittelpunkt, da pflegebedürftige Menschen dauerhaft ein erhöhtes Delirrisiko haben. Die Leitlinie unterscheidet zwischen dispositionellen Risikofaktoren wie Alter, Demenz, Multimorbidität und Polypharmazie sowie akut auslösenden Faktoren wie Infektionen, Schmerzen, Dehydratation oder sozialer Isolation. Sie empfiehlt, bei Neuaufnahme ein strukturiertes Risikoscreening durchzuführen und dieses nach relevanten Veränderungen zu aktualisieren. Angehörige und Pflegende sollen frühzeitig einbezogen werden, da sie Veränderungen am besten erkennen.

Auf Basis des Risikos wird ein Delirscreening empfohlen. Die Langzeitpflege kann dabei auf validierte Instrumente wie 4AT, CAM, Nu DESC oder DOS zurückgreifen, unterstützt durch klinische Beobachtung. Das Screening ersetzt keine ärztliche Diagnostik, sondern zeigt Handlungsbedarf an: Ein positives Ergebnis erfordert zeitnahe medizinische Abklärung, ein negatives schließt ein Delir nicht dauerhaft aus.

Für die Diagnostik fordert die Leitlinie ein strukturiertes Vorgehen, das den Akutcharakter eines Delirs berücksichtigt, aber auch die Belastbarkeit der Betroffenen respektiert. Neben einer fokussierten Anamnese gehören



körperliche und neurologische Untersuchungen sowie - sofern möglich - eine ambulant veranlasste Basisdiagnostik dazu. Krankenhausüberweisungen sollen dann erfolgen, wenn Diagnostik oder Therapie von zuhause aus nicht fachgerecht oder rechtzeitig möglich sind. Bei Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen sollen Behandlung und Nutzen individuell abgewogen werden.

Zentraler Bestandteil der Therapie ist die Behandlung der Ursachen: Infektionen, Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen, Schmerzen, Obstipation oder delirogene Medikamente müssen korrigiert werden. Parallel spielen nicht-medikamentöse Maßnahmen eine entscheidende Rolle. Die Leitlinie empfiehlt anstelle von Einzelmaßnahmen dafür multimodale Programme, die Orientierung, Tagesstruktur, Schlaf-Wach-Rhythmus, Sicherstellung von Sehen und Hören, Mobilisation, Schmerzmanagement, Ernährung und Flüssigkeit sowie die Einbindung von Angehörigen kombinieren.

Medikamentöse Maßnahmen sind zurückhaltend einzusetzen. Eine pharmakologische Delirprävention wird nicht empfohlen. Antipsychotika sollen nur bei schwerer Symptomatik und nach sorgfältiger Abwägung eingesetzt werden, insbesondere da Menschen mit Demenz ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko haben. Benzodiazepine sollen vermieden werden.

Die Nachsorge hat in der Pflege hohe Bedeutung, da Delirien häufig zu kognitiven und funktionellen Einschränkungen führen. Empfohlen wird die gezielte Untersuchung auf Delirfolgen wie Gangunsicherheit, kognitive Defizite oder depressive Symptome und die Einleitung rehabilitativer und psychosozialer Maßnahmen. Ein verlässlicher, sektorenübergreifender Informationstransfer ist notwendig, um Folgeschritte und Präventionsmaßnahmen sicherzustellen.

Die Leitlinie fordert insgesamt ein Bewusstsein für Delirmanagement. Dazu gehören Schulungen aller Berufsgruppen, definierte Abläufe bei Verdacht auf Delir, die strukturierte Einbindung von Angehörigen und eine kontinuierliche Überprüfung etablierter Maßnahmen. Ziel ist eine Versorgung, die Delirrisiken früh erkennt, Delirien möglichst verhindert, sie im Akutfall rasch identifiziert und Betroffene auch nach der Episode unterstützt.

Die S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter ist im AWMF-Leitlinienregister [veröffentlicht](#).

Anmerkung: Bei einer S3-Leitlinie handelt es sich um die höchste Stufe der evidenzbasierten medizinischen Leitlinien in Deutschland. Sie basiert auf der Klassifikation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S3-Leitlinien dienen der Qualitätssicherung, Standardisierung der Versorgung und bieten eine hohe Verbindlichkeit für Behandlungsentscheidungen. Sie sind jedoch rechtlich nicht bindend.

09 Messe und Fachkongress im April 2026 in Essen

Die diesjährige Altenpflege-Messe findet vom 21. bis 23. April in Essen statt. Der bpa ist als Kooperationspartner mit einem Messestand (Halle 8 | Stand 204) vertreten und auch an einigen Kongressveranstaltungen beteiligt.

Besonderes Highlight: Die bpa-Verbandsspitze diskutiert zur Kongresseröffnung am 21. April mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik und Verbänden darüber, wie die Pflege zukunftsfest gestaltet werden kann.

Politik & Verbände im Dialog - „Pflege zukunftsfest gestalten“

bpa-Verbandsspitze u. a. mit Thomas Knieling (Bundesgeschäftsführer Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.), Elke Ronneberger (Bundesvorständin Sozialpolitik Diakonie Deutschland), Katrin Staffler (Pflegebevollmächtigte) und Manfred Kappes (Einrichtungsleiter St. Raphael Caritas Alten- und Behindertenhilfe)

Darüber hinaus erwarten Sie spannende Fachvorträge:

Tag 1 - Dienstag, 21. April 2026

16:15 - 16:40 Uhr: Wagnis und Gewinn

Die Session rückt das Unternehmerrisiko in der Pflege in den Fokus - ein Thema, das angesichts steigender Kosten und wachsender Anforderungen an Bedeutung gewinnt. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie das allgemeine Unternehmerrisiko betriebswirtschaftlich sauber hergeleitet und über den kalkulatorischen Gewinn rechtssicher abgegolten wird. Vorgestellt wird die aktualisierte Fassung einer Studie, die genau diese Grundlage liefert. Teilnehmende erfahren, wie sich Risiken heute realistisch bemessen lassen und welche Argumentationslinien gegenüber Kostenträgern tragfähig sind. Die Session bietet damit klare Orientierung für alle, die ihre Kalkulationen auf ein belastbares Fundament stellen möchten.



Dr. Michael Tamminga-Wessels, IEGUS - Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Mitglied der Geschäftsleitung, Berlin und Pascal Tschörtner, bpa-Geschäftsführer und Geschäftsbereichsleiter stationäre Versorgung

16:40 - 17:00 Uhr: Pflegesatzverhandlungen aktuell

Die Session bietet einen kompakten Einstieg in das Thema Pflegesatzverhandlung - ein Kernprozess für jede Einrichtung, die ihre Leistungen solide refinanzieren möchte. Teilnehmende erhalten einen klaren Überblick darüber, welche Kosten tatsächlich refinanziert werden und wo sich in den Verhandlungen Chancen eröffnen.

Arnaud Liminski, bpa Servicegesellschaft, Düsseldorf

Tag 2 - Mittwoch, 22. April 2026

10:30 -11:15 Uhr: Finanzierung der Digitalisierung - Wunschliste trifft Kassenrealität

Ein realistischer Blick auf die Finanzierung der Digitalisierung in der Pflege: Expertinnen und Experten aus Praxis, Kostenträgern und Anbietern digitaler Technologien diskutieren, wie Investitions- und Betriebskosten digitaler Lösungen nachhaltig refinanziert werden können - zwischen Pauschalen, Förderprogrammen und Vergütungsverhandlungen.

Sandra Stange, bpa, Referentin für Digitalisierung, Berlin und Sven Wolfram, bpa, Geschäftsführer, Geschäftsbereichsleiter ambulante Versorgung, Dr. Carsten Steinhoff, stellvertretender Vorstand, VdSP

Mit dem **Rabatt-Code APF2026BBPA** erhalten bpa-Mitglieder **kostenlose Messtickets**. Alle Details zum Programm & Ticketbuchung finden Sie unter www.altenpflege-messe.de/de-de.

Wir freuen uns auf spannende Einblicke, Vorträge und Diskussionen rund um die Pflege.

10 Mit GAP die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern

Was bedeutet GAP?

GAP steht für „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ und ist ein Projekt der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Ziel ist es, die Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verbessern. Im Mittelpunkt steht für die Mitarbeitenden eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Während eines GAP-Prozesses wird die teilnehmende Einrichtung von einem erfahrenen Coach beraten und begleitet. Der Coach analysiert im ersten Schritt - gemeinsam mit der internen Projektleitung - den bestehenden Bedarf. Im zweiten Schritt werden direkt umsetzbare Lösungen geplant und diese dann im dritten Schritt umgesetzt.

Wer kann an GAP teilnehmen und wie lange dauert ein Projekt?

GAP richtet sich an ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen einschließlich Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Ein Projekt dauert in der Regel 6-12 Monate, in denen Bedarfsanalyse, Maßnahmenplanung und Umsetzung durchlaufen werden.

Was können Einrichtungen konkret verbessern?

Pflegeeinrichtungen können je nach Bedarf aus knapp 30 Themen auswählen von A wie Arbeitszeitorganisation bis Z wie Zeitmanagement. Zu fast allen Themen gibt es spezielle Leitfäden. Die Leitfäden sind fünf Oberthemen zugeordnet:

- Arbeitszeit und Dienstplangestaltung
- Kommunikation mit Beschäftigten
- Personalentwicklung, Qualifizierung, Führung
- Kommunikation mit Kunden
- Familienfreundliche Unternehmenskultur

Was kostet die Teilnahme am Projekt für eine Pflegeeinrichtung?



Für die Teilnahme am GAP-Projekt fallen ausschließlich Kosten für das Coaching an. Die Höhe der Kosten orientiert sich an den Einsatztagen. Die Coachingkosten sind mit 50 Prozent förderfähig nach § 8 Abs. 7 SGB XI. Maximal werden 7.500 Euro pro Jahr zurückerstattet. Kleine Einrichtungen (bis zur Größe von 25 Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung) erhalten bis zu 70 Prozent Förderung (max. 10.000 Euro). Der Eigenanteil für teilnehmende Einrichtungen liegt meist zwischen 1.400 bis max. 7.500 Euro.

Die GAP-Geschäftsstelle unterstützt die Einrichtungen beim Erstellen des Förderantrags. Die Förderbeträge beziehen sich jeweils auf ein Jahr, so dass Einrichtungen auch ein zweites GAP-Projekt durchführen und dann wiederum eine Förderung erhalten können.

Wie profitieren Einrichtungen von GAP?

Einrichtungen spüren die Verbesserungen direkt im Arbeitsalltag: Abläufe werden klarer, Belastungen reduziert und die Zusammenarbeit gestärkt. Die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben steigert die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und bindet sie so länger an die Einrichtung. Viele Einrichtungen berichten, dass ihr „guter Ruf“ anschließend zu mehr Bewerbungen geführt hat. GAP unterstützt Einrichtungen auch bei der Umsetzung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen im Rahmen der Einführung oder Weiterentwicklung von PeBeM. Zahlreiche Coaching-Themen wie zum Beispiel Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung oder Personalentwicklung sind sehr gut geeignet, um die Anforderungen von PeBeM anzugehen.

Mehr zum Thema:

GAP ist 2021 gestartet, fast 800 Pflegeeinrichtungen machen schon mit! Interessierte Einrichtungen finden weiterführende Informationen sowie die Möglichkeit zur Anmeldung unter www.gap-pflege.de. Bei Fragen steht Ihnen die Geschäftsstelle GAP telefonisch unter der 040 254078 77 oder per E-Mail unter info@gap-pflege.de zur Verfügung.



11 Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg: Neues Heimrecht in BW - „TPQG“ betrifft ambulant betreute Wohnformen nur noch bei Anzeigepflicht

In Baden-Württemberg wurde in den letzten Monaten das Heimrecht überarbeitet. Das neue Teilhabe- und Pflegequalitätsgesetz (TPQG) wurde am 27. Februar 2026 im Gesetzblatt für Baden-Württemberg verkündet und ist am **28. Februar 2026 in Kraft getreten**.

Für ambulante Pflegedienste ist das Heimrecht nur in Bezug auf ambulant betreuten Wohnformen relevant, einem Punkt, der allerdings wesentlich verändert wurde:

Das Gesetz gilt künftig nur noch für stationäre Pflegeeinrichtungen für volljährig pflegebedürftige Menschen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und für Einrichtungen der Eingliederungshilfe für volljährige Menschen mit Behinderungen, die den Räumlichkeiten im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI entsprechen. Unter den Anwendungsbereich des TPQG fallen somit vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften müssen künftig einen Monat vor ihrer Inbetriebnahme der Heimaufsicht angezeigt werden (bisher: drei Monate), sie fallen aber im Übrigen nicht mehr unter den Anwendungsbereich des Gesetzes. Es gibt keine Vorgaben zu Platzzahlen und zu räumlichen Begebenheiten mehr und auch die bisherigen Prüfungen durch die Heimaufsichten entfallen. Vollständig selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften waren bereits bisher vom Heimrecht weitestgehend ausgenommen.

Die Anzeigepflicht betrifft allerdings sowohl selbstverantwortete als auch anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften. Nur ambulant betreute Wohngemeinschaften mit außerklinischer Intensivpflege sind von der Anzeigepflicht ausgenommen.

Als problematisch sieht der bpa an, dass es mit der weitestgehenden Herausnahme aus dem Heimrecht keine Legaldefinition von ambulant betreuten Wohngemeinschaften mehr gibt. Im Einzelfall und in Abgrenzung zum klassischen betreuten Wohnen ist nun unklar, ob es sich bei einem Wohnangebot um eine ambulant betreute Wohngemeinschaft handelt und somit eine Anzeigepflicht besteht oder nicht. Aus Sicht des bpa handelt es sich jedenfalls immer dann um eine ambulant betreute Wohngemeinschaft im Sinne des TPQG, wenn der Wohngruppenzuschlag gemäß § 38a SGB XI zum Tragen kommen soll.

Welche Angaben die Anzeige zur Inbetriebnahme enthalten muss, ist im TPQG nicht näher geregelt. Der bpa empfiehlt, sich bei der Anzeige einer anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaft auf den Zeitpunkt des beabsichtigten Beginns, den genauen Standort sowie den Namen, die Anschrift und die Rechtsform des Anbieters zu beschränken. Die Anzeigepflicht knüpft an die „Inbetriebnahme“ einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft an. Eine Anzeigepflicht für bereits bestehende Wohngemeinschaften ergibt sich folglich aus dem Wortlaut nicht.

Der Gesetzgeber hat angekündigt, für ambulant betreute Wohngemeinschaften ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren einzuführen. Damit soll die Qualitätssicherung außerhalb des Ordnungsrechts aufrechterhalten und Qualitätssicherungsimpulse an den Bundesgesetzgeber adressiert werden.

Im Sozialministerium wird außerdem eine Stelle für Beschwerden über ambulant betreute Wohngemeinschaften eingerichtet. Die Beschwerdestelle wird im Sinne einer Ombudsstelle tätig, hat also keine ordnungsrechtlichen Befugnisse.

Der bpa begrüßt die Herausnahme der Wohngemeinschaften aus dem Heimrecht als Schritt der Entbürokratisierung und hatte sich im Vorfeld dafür eingesetzt.



Bayern: Pflegeberatung § 45 SGB XI - Vergütungssteigerung mit AOK Bayern, SVLFG und Knappschaft vereinbart

Der bpa bietet seinen Mitgliedern seit langem attraktive Vergütungen für Pflegeberatung nach § 45 SGB XI an. Der bpa hat nunmehr mit der AOK Bayern, der SVLFG und der Knappschaft eine neue Vergütungsvereinbarung zum Rahmenvertrag nach § 45 SGB X (Pflegeberater) aushandeln können, mit der die bisherigen Vergütungen um 4 Prozent gesteigert werden konnten.

Die neu vereinbarten Vergütungen gelten rückwirkend zum 1. Januar 2026:

- 150,80 Euro für individuelle Schulungen in der häuslichen Umgebung
- 150,80 Euro für **Gruppenkurse** pro Teilnehmenden, wenn der Teilnehmende an mindestens 4/5 des gesamten Schulungskurses teilgenommen hat. Der Schulungskurs ist in bis zu zehn Unterrichtseinheiten unterteilt und umfasst maximal 20 Stunden, d. h. ein Schulungskurs umfasst in der Regel 10 mal 2 Kursstunden). In nachgewiesenen begründeten Einzelfällen kann im Einvernehmen mit der Pflegekasse hiervon abgewichen werden. Die Schulungsinhalte können auch in einem zusammenhängenden Seminar (zwei bis vier Tage) vermittelt werden.

Die neue Vergütungsvereinbarung hat eine Laufzeit vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2026.

Auch hat der bpa mit der BKK Akzo Nobel Bayern erstmals einen Rahmenvertrag zur Pflegeberatung nach § 45 SGB XI schließen können. Die neue Rahmenvereinbarung gilt rückwirkend ab dem 1. August 2025. Inhaltlich entspricht der Rahmenvertrag der Vereinbarung, die der bpa mit der Pronova BKK abgeschlossen hat.

Auch die Vergütungen sind identisch:

Individuelle Pflegeschulung: 60 Euro für 60 Minuten, zzgl. 18,50 pauschal für Fahrtkosten

Pflegekurse: 105 Euro für 90 Minuten, zzgl. bis zu 249 Euro für die Hinzuziehung von externen Dozenten
(Achtung: die 105 Euro sind pro Termin aber nur einmal für alle Teilnehmer abrechenbar)

Diese Vergütungen und alle anderen vom bpa abgeschlossenen Vergütungen mit anderen Pflegekassen für Leistungen nach § 45 SGB XI können Sie auch einer Übersicht entnehmen, die Ihnen die bpa-Landesgeschäftsstelle gern zur Verfügung stellt.

Bremen: Vergütungspositionen für Häusliche Krankenpflege werden verhandelt

Bereits bei den Verhandlungen über neue Vergütungen für die HKP ab 2026 hatten die privaten und die gemeinnützigen Leistungserbringerverbände gemeinsam angekündigt, dass über die Preise von verschiedenen Positionen weiter verhandelt werden müsse. Vor allem die neue QPR setzt anspruchsvollere Maßstäbe in Bezug auf Umfang und Qualität, deren Aufwand durch die bisherigen Vergütungen nicht abgebildet werden. Die Gespräche mit den Kostenträger sind gestartet und werden nach Einschätzung der Beteiligten noch einige Monate in Anspruch nehmen.

Worum geht im Einzelnen?

Blanko-Verordnung: Die bereits Mitte 2024 eingeführte Blankoverordnung für häusliche Krankenpflege ermöglicht es Pflegefachkräften, innerhalb eines ärztlichen Rahmens über Dauer und Häufigkeit bestimmter Leistungen (z. B. Wundversorgung, Kompressionsstrümpfe) selbstständig zu entscheiden. Der Arzt kreuzt hierfür entsprechende Felder auf dem neuen Formular 12 an. Die Anwendung setzt eine qualifizierte Pflegefachkraft (mind. 3-jährige Ausbildung mit Berufserfahrung) und die Einwilligung des Arztes durch Ankreuzen des Feldes „Häufigkeit/Dauer von



Pflegefachkraft“ voraus. Zur Umsetzung der Blanko-Verordnung muss ein Vertrag zwischen Pflegediensten und Krankenkassen auf Landesebene geschlossen werden. In Bremen diskutieren die Leistungserbringerverbände und die Krankenkassen aktuell über die Vergütung einer Erst- und Folgeverordnung.

Erst- und Aufnahmegespräch: Nach Auffassung der Leistungserbringerverbände verlangen die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien ein strukturiertes Aufnahmemanagement, das zwingend ein fachliches Aufnahme- bzw. Erstgespräch voraussetzt. Dies muss entsprechend vergütet werden.

Wege- bzw. Hausbesuchspauschale: Die aktuelle Höhe der Wegepauschalen bildet nach Auffassung der Leistungserbringerverbände die reale Verkehrssituation nicht mehr ab, deshalb fordern sie eine Erhöhung der Wegepauschale.

Medikamentengabe: Die Krankenkassen vertreten die Auffassung, dass die Differenzierung der Medikamentengabe nach den unterschiedlichen Verabreichungswegen eine zu hohe bürokratische Hürde darstellt und fordern daher eine Vereinheitlichung der entsprechenden Positionen in der Vergütungsanlage zum Vertrag nach § 132a SGB V.

Fazit: Die Leistungserbringerverbände und die Krankenkassen stehen vor schwierigen Verhandlungen, für die bereits weitere Termine vereinbart sind.

Hamburg: Mitglieder starten Einzelverhandlungen im SGB XI

In den Verhandlungen über die Steigerungen der Punktwerte im Bereich SGB XI erklärten die Kostenträger einseitig das bisherige Referenzmodell für beendet. Stattdessen wurden deutlich niedrigere Steigerungsraten angeboten, was zum Scheitern der Verhandlungen führte.

Die Kollektivverhandlungen bieten leider nicht die Möglichkeit einer Klärung in einem Schiedsstellenverfahren, da der rechtliche Rahmen nicht vorsieht, dass z.B. Pflegedienste, die dieselbe Variante zur Erfüllung der Tarif-treue gewählt haben, ein Kollektiv bilden, welches in einem Schiedsverfahren gemeinsam verhandelt werden kann. Stattdessen ist eine individuelle Betrachtung jedes Pflegedienstes notwendig. Deswegen bleibt den Pflegediensten nur der Weg der Einzelverhandlung, um auskömmliche Steigerungsraten zu erreichen.

Nach intensiver Analyse und gründlicher Vorbereitung zusammen mit der bpa Servicegesellschaft, haben Mitglieder des bpa in Hamburg nun die Wahl, die Einzelverhandlungen eigenständig oder mit Unterstützung durch die bpa Servicegesellschaft durchzuführen.

Viele Mitglieder in Hamburg haben bereits Einzelverhandlungen gestartet oder bereiten diese vor. Eine enge Begleitung durch die bpa-Landesgeschäftsstelle Hamburg ist für jeden Fall sichergestellt.

In der Pflegesatzkommission ambulant, dessen Vorsitz der bpa im Sommer dieses Jahres übernimmt, haben die übrigen Leistungserbringerverbände sowie der bpa die Einsetzung einer Arbeitsgruppe erreicht, dessen Ziel die Rückkehr zu geordneten Kollektivverhandlungen in der Zukunft ist. Erkenntnisse und Ergebnisse der Einzelverhandlungen können dazu genutzt werden, ein für alle Pflegedienste transparentes, faires und angemessenes System zu schaffen.

Hessen: Beratungseinsätze § 37.3 SGB XI - höhere Vergütung erzielt

Mitte Februar konnte ein gutes Verhandlungsergebnis für die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erzielt werden. Rückwirkend zum 1. Januar 2026 wird der bisherige Preis für Beratungen von 75,- Euro um 16 Prozent auf 87,- Euro gesteigert. Für Beratungen im Videoformat, die mit einer Gesamtzeit von 60 statt 90 Minuten veranschlagt sind, beträgt der Preis 58 Euro. Der bpa hat sich sehr für die Umsetzung des Verhandlungsergebnisses eingesetzt.

Die Kostenträger haben nun allen hessischen Pflegediensten, deren Verbände zugestimmt haben, dieses Angebot in Form einer schriftlichen Abrechnungsberechtigung unterbreitet. Pflegedienste, die dieses Angebot annehmen möchten, müssen dafür keine Erklärung abgeben. Die Annahme erfolgt durch Abrechnung der neuen Preise.



Zusammenfassend bedeutet dies:

- die Vergütung für Beratungsbesuche nach § 37.3 SGB XI in Präsenz wird um 16 Prozent gesteigert,
- die von den Kostenträgern geforderte Abrechnung nach der tatsächlich beim Versicherten verbrachten Zeit konnte verhindert werden,
- für Beratungen im Videoformat konnte ein aus Sicht des bpa zunächst angemessener Preis vereinbart werden, der allerdings im nächsten Jahr überprüft werden sollte.
- die Laufzeit der Vereinbarung beträgt zwölf Monate, vom 1. Januar bis 31. Dezember 2026. Danach soll es eine jährliche Dynamisierung des Preises im Rahmen der Verhandlungen zur pauschalen Entgelterhöhung geben. Ein Einfrieren des Preises über mehrere Jahre ist somit nicht mehr möglich.
- In der dazu geeinten Leistungsbeschreibung wird folgende, bisher enthaltene Verpflichtung gestrichen: „Wird die Mindestanwesenheitsdauer unterschritten, hat der Pflegedienst eine Begründung auf dem Dokumentationsblatt zum Beratungsbesuch vorzunehmen.“ Das ist ein kleiner Schritt zur Entbürokratisierung.

Nur wenn das Angebot der Kostenträger nicht angenommen wird, kann ein Pflegedienst zur Einzelverhandlung des Preises für die Beratungsbesuche auffordern und versuchen, höhere Preise zu vereinbaren, was aber gleichzeitig mit einem erhöhten Kalkulations- und Nachweisaufwand verbunden wäre.

Für die Durchführung einer Videoberatung sind die technischen Voraussetzungen aus § 37 Abs 3 Satz 4 SGB XI, der auf die Regelungen für die ärztliche Videosprechstunde gem. § 365 Abs. 1 Satz 1 SGB V verweist, maßgeblich.

Beratungen, die mit nicht anerkannten Programmen (z. B. per Zoom oder WhatsApp) durchgeführt werden, sind **nicht zulässig**.

Mecklenburg-Vorpommern: Sachstand zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden und „Neues Wohnformen- und Teilhabegesetz M-V“

Die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden soll gemäß HKP-Richtlinie Nr. 31a von spezialisierten Leistungserbringern übernommen werden. Die Anforderungen dafür sind seit Oktober 2022 in § 6 der Bundesrahmenempfehlungen festgelegt und müssen nun in die Landesrahmenvereinbarung in M-V überführt werden.

Der bpa verhandelt hierzu seit langem gemeinsam mit den anderen Verbänden der Leistungserbringer. Bislang konnte zwar weitgehende Einigkeit über eine Ergänzungsvereinbarung erzielt werden, in der das Beitrittsverfahren, Qualifikationsanforderungen für leitende und ausführende Pflegefachkräfte sowie Möglichkeiten der Kooperation und Übergangsregelungen festgelegt wurden. Weiter strittig bleibt jedoch die Vergütung.

Der bpa hat eine aufwandsbezogene Kalkulation vorgelegt und fordert u. a. 43,45 Euro für Erst- sowie 38,95 Euro für Folgegespräche und eine gestufte Einsatzvergütung von 58,45 Euro bis 124,45 Euro. Die Krankenkassen lehnen diesen Vorschlag ab und bieten stattdessen einen pauschalen Zuschlag auf die HKP-Leistungsgruppe 6 an (52,38 Euro für Erstvisite mit Behandlung, 36,09 Euro für reine Wundversorgung). Eine fachliche Begründung wurde von den Krankenkassen hierfür nicht vorgelegt.

Da die angebotenen Vergütungen den tatsächlichen Aufwand nicht abbilden und auch ein Kompromissvorschlag der Verbände abgelehnt wurde, ist ein Schiedsverfahren nicht mehr vermeidbar.

Bis eine neue Vereinbarung vorliegt, bleibt die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden weiterhin auf Grundlage der aktuellen HKP-Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen durch nicht spezialisierte Pflegedienste möglich. Wenn spezialisierte Dienste verfügbar sind, können Krankenkassen jedoch die Versorgung umsteuern.

Neues Wohnformen- und Teilhabegesetz M-V

Zum 1. Januar 2026 ist das neue Wohnformen- und Teilhabegesetz Mecklenburg-Vorpommern (WoTG M-V) in Kraft getreten. Das Gesetz wurde am 30. Dezember 2025 im Gesetz- und Verordnungsblatt veröffentlicht. Es modernisiert das frühere EQG M-V umfassend und bringt insbesondere für ambulante Wohnformen zahlreiche relevante Neuerungen mit sich. Die zugehörigen Verordnungen - darunter die aktualisierten Bau-, Mitwirkungs- und Personalverordnungen - sollen laut Sozialministerium im Laufe des Jahres folgen.



Neue Begrifflichkeiten und Systematik

Das Gesetz führt folgende Kategorien neu ein:

- Pflegewohngemeinschaften
- Wohnformen mit Assistenzleistungen (SGB IX)
- Alternatives Wohnen
- Servicewohnen
- Intensivpflege-WGs

Damit werden ambulant betreute Wohnformen erstmals gesetzlich klar definiert und unterschiedlichen Typen zugeordnet.

Anzeigepflicht vor Inbetriebnahme (neu!)

Ambulant betreute Wohnformen in Anbieterverantwortung müssen der Heimaufsicht mindestens drei Monate vor Beginn der Versorgung angezeigt werden (§ 17 WoTG M-V). Von einer Anbieterverantwortung ist u. a. auszugehen, wenn eine Abhängigkeit zwischen Wohnraum und Pflege /Betreuungsleistungen besteht oder wirtschaftliche bzw. vertragliche Verknüpfungen vorliegen.

Übergangsfrist für bestehende Wohnformen

Wohnformen, die am 1. Januar 2026 bereits bestanden, müssen bis spätestens 31. März 2026 angezeigt werden. Anschließend führt die Heimaufsicht eine Erstberatung und Zuordnungsprüfung durch.

Weitere wichtige Inhalte des Gesetzes

- Tagespflegen und Tageshospize werden erstmals vollständig reguliert.
- Der Prüfungsrhythmus in Wohnformen mit umfassendem Leistungsangebot (z. B. Pflegeheime) kann künftig auf zwei Jahre ausgedehnt werden.
- Zusätzlich ist eine Pflichtberatung im Zwei-Jahres-Rhythmus vorgesehen.
- Für WGs, alternatives Wohnen und Servicewohnen gelten diese Prüfungsrhythmen nicht.

bpa-Mecklenburg-Vorpommern bietet Seminare zu den Neuerungen des WoTG M-V

Der bpa bietet speziell zu den neuen gesetzlichen Anforderungen Seminare an. Im Mittelpunkt stehen die richtige Einordnung von Wohnformen nach dem WoTG M-V sowie Tipps zur Vertragsgestaltung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die Veranstaltungen vermitteln, wann ambulante Dienste als Anbieter gelten, welche Pflichten sich daraus ergeben und welche zusätzlichen Vereinbarungen - ergänzend zum Pflege- und Mietvertrag - sinnvoll und rechtlich zulässig sind.

Niedersachsen: Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden

Versorgung Chronischer und schwer heilender Wunden - Geduld zahlt sich aus!

Nach einem langjährigen Verhandlungsmarathon mit den Niedersächsischen Landesverbänden der Krankenkassen konnte am 29. April 2025 ein wichtiges Zwischenergebnis beim Schiedsverfahren erzielt werden. Die Schiedsperson folgte in einem wesentlichem Punkt dem bpa:

Die spezialisierte Wundversorgung von chronischen schwer heilenden Wunden müsse zeitbezogen erfolgen. Diese wesentliche mündliche Aussage der Schiedsperson muss allerdings schriftlich vorgelegt werden. Die Schiedsperson war aber aus verschiedenen Gründen lange Zeit nicht in der Lage, den schriftlichen Schiedsspruch vorzulegen.

Erst am 3. März dieses Jahres ist der Schiedsspruch in schriftlicher Form bei den Verbänden eingetroffen. Darin wurde im Sinne des bpa folgende Strukturentscheidung festgesetzt:

Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden wird als Zeitvergütung abgerechnet und zwar je angebrochene fünf Minuten. Allerdings ist die Versorgung nur für maximal 45 Minuten pro Tag abrechenbar. Zusätzlich ist eine Öffnungsklausel für aufwendigere Versorgungen vorgesehen. Für die Erstbehandlung inklusive Casemanagement werden 90 Minuten veranschlagt.

Da die Krankenkassen lediglich 20 Prozent Zuschlag auf die bestehenden Preise für Verbandswechsel angeboten hatten, ist der schriftliche Schiedsspruch ein voller Erfolg für die Leistungserbringerverbände. Das Warten hat sich also gelohnt!



Damit ist nun endlich geklärt, wie die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zukünftig abgerechnet werden kann. Im nächsten Schritt werden alle Leistungserbringerverbände schnellstmöglich die Vergütung nach Zeit und die Wegevergütung mit den Kostenträgern verhandeln.

Nordrhein-Westfalen: Neue SGB-V und SGB XI Vergütungen und Workshop zu PFAU

Der bpa konnte in Nordrhein-Westfalen für diverse Tarifverträge HKP-Preisverhandlungen erfolgreich abschließen und neue Punktwerte und Hausbesuchspauschalen im SGB XI erreichen. Hier die wichtigsten Ergebnisse:

Neue Vergütungen für AVR-Caritas-Anlehner ab 1. Februar 2026

Für die Anlehner an die Tarifvariante AVR-Caritas konnte ein neuer **HKP**- Abschluss für den Zeitraum vom 1. Februar 2026 bis 31. März 2027 erwirkt werden. Zudem wurde eine laufzeitbezogene Vergütungssteigerung von 3,42 Prozent erzielt. Z.B. die LG 1 kann neu mit einem Preis von **14,82 Euro** abgerechnet werden.

Im SGB XI legten die Pflegekassen für die AVR-Caritas-Tarifanlehner in NRW ein angelehntes Angebot vor, mit der o.a. Laufzeit und einer Steigerung von ebenfalls 3,42 Prozent. Ab 1. Februar 2026 beträgt der Punktwert somit 0,06558 Euro .

Neue Vergütungen für Opseo-Anwender und Anlehner ab 1. April 2026

Für den OPSEO-Tarifvertrag hat der bpa die HKP-Preisverhandlungen mit den Kostenträgern sowohl für „Tarifanwender“ als auch für die „Tarifanlehner“ erfolgreich abschließen können. Die neuen Opseo-HKP-Preise gelten für den Zeitraum vom 1. April 2026 bis 31. Dezember 2026 und enthalten eine laufzeitbezogene Steigerung von 3,50 Prozent. Die LG 1 kann somit neu mit einem neuen Preis von **14,56 Euro** abgerechnet werden.

Neue Vergütungen für Anlehner an den TVöD und den BAT-KF ab 1. Mai 2026

Der bpa in NRW einigte sich mit den Kostenträgern auf neue HKP-Preise für Tarifanlehner an den TVöD und den BAT-KF für den Zeitraum vom 1. Mai 2026 bis 31. März 2027. Die verhandelte laufzeitbezogene Steigerung entspricht 3,98 Prozent. Die LG 1 konnte so auf **14,93 Euro** gesteigert werden.

Auch für das SGB XI gab es ein Angebot für "Tarifanlehner" des TVöD und des BAT-KF im vereinfachten Verfahren in NRW. Die Steigerung des pauschalen Angebots entspricht ebenfalls 3,98 Prozent bei gleicher Laufzeit. Der Punktwert konnte so auf 0,06593 Euro gesteigert werden.

Pflegeausbildungsfonds - Workshops für bpa-Mitglieder

Unter dem Titel „**PFAU.NRW: Bescheide verstehen, Verfahren meistern**“ bietet der bpa für seine ambulanten, teil- und vollstationären Mitglieder in NRW einen Workshop an. Ziel ist es, einen Überblick über das Meldeverfahren und die Finanzierung der Pflegeausbildung in NRW zu geben. Diese wird landesweit einheitlich über PFAU.NRW gesteuert, einem digitalen Online-Portal der Bezirksregierung Münster. Im Workshop werden die wichtigsten Bescheide erklärt, typische Fehlerquellen gezeigt und praxisnahe Hinweise gegeben, wie Träger ihre Budgets sicher planen und Abrechnungen korrekt vorbereiten können. Behandelt werden unter anderem:

- die Struktur und Bedeutung der Umlage- und Ausgleichszuweisungsbescheide,
- Tipps für die Prognosemeldung,
- die unterjährig wichtige Budgetsteuerung der Ausbildungskosten,
- korrekte Abrechnung der Ausbildungskosten sowie der Abrechnungsbescheid.

Rheinland-Pfalz: Neuer Muster-Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI für Träger mit mehreren zugelassenen Pflegeeinrichtungen in RLP

Gemäß § 72 Abs. 2 SGB XI besteht die Möglichkeit für mehrere selbständig wirtschaftende Pflegeeinrichtungen eines Einrichtungsträgers, die organisatorisch miteinander verbunden sind, einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) zu schließen. Ziel ist es, einen Mehrwert in der Versorgung und Betreuung der



Pflegebedürftigen durch den Ausbau des Versorgungsangebots im Quartier zu erreichen, pflegerischen Leistungsangebote flexibler zu erbringen oder Pflege- und Leitungskräfte eines Trägers übergreifend in den verschiedenen Versorgungsbereichen einzusetzen, um Synergieeffekte zu schaffen.

In Rheinland-Pfalz sind in der Vergangenheit so gut wie keine Gesamtversorgungsverträge zustande gekommen, da sich die Einzelverhandlungen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen schwierig gestalteten.

Um den Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen zu fördern, wurde auf Landesebene eine Arbeitsgruppe etabliert - bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz, den Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz sowie den Leistungserbringerverbänden, vertreten durch die PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz.

Im April 2025 hatte die Arbeitsgruppe bereits einen Muster-Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI für Träger mit einer solitären Tagespflegeeinrichtung und einem ambulanten Pflegedienst veröffentlicht. Dieses Muster hat weiterhin Gültigkeit.

In einem zweiten Schritt wurde ein Muster-Gesamtversorgungsvertrag für Träger mit mehreren zugelassenen Pflegeeinrichtungen entwickelt, in dem zusätzlich auch die vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege umfasst sind.

Träger, die bis zu vier solitäre Pflegeeinrichtungen betreiben oder eine Zulassung beantragen möchten, haben nun die Möglichkeit, für die Pflegeeinrichtungen einen Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI abzuschließen. Dazu ist allerdings notwendig, dass der Träger die Landesverbände der Pflegekassen zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags auffordert. Pflegeeinrichtungen, die weiterhin gesonderte Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI vereinbaren möchten, sind nicht verpflichtet, das Vertragsmuster umzusetzen - die Verwendung ist freiwillig.

Anfang Februar 2026 hat bereits eine erste Online-Informationsveranstaltung der PflegeGesellschaft stattgefunden, eine weitere Veranstaltung seitens des bpa ist in Planung.

Saarland: Neue Wege in der Wundversorgung - Übergangslösung, Kompromisse und ein Blick nach vorn

Während Verhandlungen weiterlaufen, wurde nun ein wichtiger Meilenstein erreicht: eine fortgeschriebene Übergangsvereinbarung sowie eine grundsätzliche Einigung über die künftige Vergütungsstruktur. Beides bringt Bewegung in ein Thema, das für Pflegedienste wie Patientinnen und Patienten gleichermaßen relevant ist.

Die Übergangsvereinbarung - ein notwendiges Provisorium

Da es im Saarland - wie in vielen anderen Bundesländern - bisher keine abschließende Regelung zur Vergütung der Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden gibt, mussten pragmatische Lösungen her. Zum 1. Juli 2024 schlossen die Leistungserbringerverbände auf Grundlage der Verhandlungen der Saarländischen Pflegegesellschaft (SPG) mit den Krankenkassen eine Übergangsvereinbarung.

Diese umfasst die Vergütung dreier zentraler Leistungsbereiche - und das pro Wunde:

- Dekubitusversorgung: 15,40 Euro
- Chronische und schwer heilende Wunde: 17,59 Euro
- Kompressionsverbände inkl. Wundversorgung bei Ulcus cruris: 17,59 Euro

Gedeckelt ist die Abrechnung auf maximal drei Wunden pro Einsatz - ein wichtiges Detail, da viele Betroffene mehrere Problemstellen aufweisen.

Zum Vergleich: Noch bis Juni 2024 erhielten Pflegedienste teilweise weniger als die Hälfte dieser Beträge. Die Fortschreibung der Vereinbarung für 2025 und 2026 gibt den Diensten nun zumindest finanzielle Planungssicherheit, bis eine endgültige Regelung steht.

Warum die Vergütungsstruktur so umstritten war

Während einige Bundesländer auf eine minutengenaue Abrechnung setzen (z. B. 5 Minuten Takt bis maximal 45 Minuten, siehe Niedersachsen), lehnten dies die meisten der im bpa-Saarland organisierten Pflegedienste ab.

Die Kritik dazu:

- Hohe Fehleranfälligkeit: Minutengenaue Abrechnung erhöht die Dokumentationslast erheblich.
- Schwierige Abgrenzung: Wenn im gleichen Einsatz weitere SGB V oder SGB XI Leistungen erbracht werden, wird die Trennung von Tätigkeiten komplex.
- Praxisferne Struktur: Nur wenige saarländische Pflegedienste spezialisieren sich ausschließlich auf Wunden - für die Mehrheit wäre das Modell unpraktikabel.



Die Forderung vieler saarländischer bpa-Mitglieder war daher klar: Pauschalen statt Stopuhrlogik.

Der gefundene Kompromiss - ein Schritt nach vorn

Nach langen Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen steht nun immerhin die strukturelle Grundlage der künftigen Vergütung. Statt Minutentakten beinhaltet das neue Modell drei Leistungsarten:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Wundversorgung unter 30 Minuten | - Kalkulatorischer Ansatz: 23 Minuten |
| 2. Wundversorgung über 30 Minuten | - Kalkulatorischer Ansatz: 37 Minuten |
| 3. Ersteinsatz | - Kalkulatorischer Ansatz: 65 Minuten |

Diese Struktur sichert weniger Bürokratie, klare Rahmenbedingungen und eine stärkere Orientierung an tatsächlichen Versorgungsabläufen.

Die eigentlichen Preise stehen allerdings noch aus. Sie sollen vereinbart werden, sobald sich SPG und Krankenkassen über die Parameter des bereits abgestimmten Kalkulationsschemas verständigt haben - ein Prozess, der in den kommenden Wochen abgeschlossen werden soll.

Fazit: Es kommt Bewegung in ein lange festgefahrenes Thema

Mit der Fortschreibung der Übergangsvereinbarung und der Einigung auf eine künftige Vergütungsstruktur sind zwei wichtige Weichen gestellt. Zwar bleibt die finale Einigung abzuwarten, doch die Richtung stimmt:

- Planungssicherheit für Pflegedienste,
- Mehr Transparenz und Praxistauglichkeit,
- Perspektive für eine moderne, spezialisierte Wundversorgung im Saarland.

Die kommenden Monate werden zeigen, ob der gefundene Kompromiss zu einer dauerhaften Lösung für die Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden im Saarland führt.

Sachsen: einheitlicher Muster-Versorgungsvertrag §§ 132, 132a SGB V

bpa startet erneut Initiative zur Parkerleichterungen für Pflegedienste in Sachsen

Bis 2023 hatten in Sachsen vier Krankenkassen sowie der Verband der Ersatzkassen (vdek) je eigene Versorgungsverträge nach §§ 132, 132a SGB V mit den Pflegediensten abgeschlossen: AOK PLUS, BKK Landesverband Mitte, IKK classic und die Knappschaft.

Durch eine gesetzliche Änderung müssen die Krankenkassen diese Verträge nun gemeinsam und einheitlich mit den Verbänden der Leistungserbringer abschließen. Dazu legten die Krankenkassen in Sachsen Ende 2023 - **ohne Abstimmung mit den Leistungserbringerverbänden** - ein neues, gemeinsames Muster für einen einheitlichen Versorgungsvertrag vor. Damit sollten die bisherigen Einzelverträge ersetzt werden.

Der bpa widersprach diesem Vorgehen und forderte zu Verhandlungen über das neue Muster auf. Andere Verbände schlossen sich an, sodass gemeinsame Verhandlungen begannen. Dabei konnten viele Punkte verändert und verbessert werden, etwa:

- Die Kassen verzichten künftig - datenschutzkonform - auf die Vorlage polizeilicher Führungszeugnisse.
- Für die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung gilt künftig ein gemeinsamer, flexibler Stellenumfang von 1,5 Vollzeitäquivalenten.
- Die zwei weiteren notwendigen Pflegefachkräfte müssen nicht mehr jeweils 20 Stunden angestellt sein, sondern flexibel insgesamt 40 Stunden.

Zwei Formulierungen waren für den bpa nicht einigungsfähig:

- **Prüfen der ärztlichen Verordnung**
„Die ärztliche Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MD) vorzulegen. Ist in begründeten Fällen, die nicht vom Pflegedienst zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht.“ Dies ist eine unklare Formulierung und nimmt aus Sicht des bpa die Pflegedienste unzulässig in Haftung für die Einreichung der HKP-Verordnungen.)



- **Sicherstellen des Versorgungsauftrags**

Die Krankenkassen wollten, dass Pflegedienste im Notfall die Versorgung durch einen anderen Pflegedienst organisieren. Dies ist jedoch Aufgabe der Krankenkassen - nicht der Pflegedienste.

Im April 2025 stimmten die anderen Leistungserbringerverbände trotz einheitlicher Kritik an diesen Punkten dem neuen Vertrag zu. Daraufhin erhielten alle Pflegedienste in Sachsen (außer den bpa Mitgliedern) die neuen Musterverträge zugesandt.

Die Bereitschaft der Krankenkassen, über die strittigen Punkte weiter zu verhandeln, musste in der Folge mühsam durchgesetzt werden. Erst im Oktober 2025 fand ein eigener Verhandlungstermin mit dem bpa statt. Die Krankenkassen erklärten dort zunächst, dass der neue, einheitliche Versorgungsvertrag bereits überwiegend umgesetzt sei und nicht mehr geändert werden könne.

Der bpa hielt jedoch an einer Klarstellung fest. Schließlich einigte man sich mit den Kassen auf eine Erklärung, die allen bpa-Mitgliedern im Begleitschreiben der Kassen an alle Pflegedienstinhaber beigelegt wurde und die auf der Homepage der Kassen veröffentlicht wird, so dass sie für alle Pflegedienste in Sachsen verbindlich ist.

Die Erklärung lautet:

1. „Eine von der zuständigen Krankenkasse zu prüfende Verordnung ist vom/der Versicherten einzureichen, kann jedoch auch stellvertretend für den Versicherten eingereicht werden. Gleiches gilt für das Nachreichen der Unterschrift.“
2. Der Pflegedienst unterstützt im Rahmen seiner Möglichkeiten die Organisation der Weiterversorgung des Versicherten. Organisieren bedeutet, dass der Pflegedienst sich primär bemüht, den Versicherten durch einen anderen Pflegedienst weiterversorgen zu lassen. Sollte dies nicht gelingen, ist die Krankenkasse zu informieren.

Die neuen Verträge gelten ab dem 1. April 2026. Gemeinsam mit den Krankenkassen hat der bpa für die fristgerechte, formale Unterzeichnung der Verträge gesorgt.

Sachsen-Anhalt: Gemeinsamer Rahmenvertrag für die Hauskrankenpflege ab 1. Januar 2026 über alle Kassen

Bis zum 31. Dezember 2025 bestanden zwei vertragliche Vereinbarungen, die der AOK Sachsen-Anhalt/IKK gesund plus einerseits und der vdek/Ersatzkassen andererseits. Die unterschiedlichen Rahmenverträge mit unterschiedlichen Vergütungsanlagen wurden zum 1. Januar 2026 zusammengeführt. Ab dem 1. Januar 2026 wurde mit allen Kassen ein gemeinsamer Rahmenvertrag mit einer Vergütungsvereinbarung vereinbart. Grundlage des neuen Rahmenvertrages war der bisherige Vertrag mit der AOK Sachsen-Anhalt/IKK gesund plus. Somit wurde nun die mit allen Krankenkassen getroffene Vereinbarung aus dem November 2024 umgesetzt, welche auch die zuvor entstandenen zahlreichen Schieds- und Klageverfahren mit der AOK/IKK und der vdek/Ersatzkassen auflöste. Damit gelten ab dem 1. Januar 2026 auch neue gemeinsame Vergütungen für die Häusliche Krankenpflege aufgrund eines gemeinsamen Rahmenvertrages aller Kassen.

Die Leistungsvergütungen wurden für die Vertragslaufzeit vom 1. Oktober 2026 bis zum 31. Dezember 2026 auf Grundlage der Vergütungsabreden der AOK Sachsen-Anhalt/IKK gesund plus um 5,49 Prozent und unter Anerkennung des regional üblichen Entgeltlevels gesteigert. Eine Beitrittserklärung führte zum Beitritt des bpa-Mitgliedes zum neuen Rahmenvertrag.

bpa-Arbeitsgruppe zur TI und Digitalisierung

Für die Pflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt bietet die Landesgruppe schon seit einem Jahr einen regelmäßigen bpa-Arbeitskreis „ITTI“ an. In den Online-Veranstaltungen werden den Teilnehmenden ein Erfahrungsaustausch zu Themen der TI und IT innerhalb der Einrichtungen ermöglicht. Die bpa Servicegesellschaft nimmt an den Veranstaltungen teil, so dass Fragen geklärt werden können und Erfahrungen aus der Praxis ohne Umschweife in die Beschäftigungsfelder der Servicegesellschaft umgesetzt werden können.

Weitere interne und externe Referenten erweitern die Diskussionen etwa zur Telematikinfrastruktur, Förderdatenbank, Datenschutz in der Digitalisierung, Belastungen der Mitarbeitenden durch Digitalisierung oder Akzeptanz der Mitarbeitenden. Auftakt der Treffen ist je ein Erfahrungsbericht einer Einrichtung, über den



individuellen Stand der Digitalisierung in dieser Einrichtung. Dies führt zur Diskussion und Austausch innerhalb der teilnehmenden Mitglieder.

Thüringen: SGB V und SGB XI Kollektivvereinbarungen für Pflegedienste und Tagespflegen auf AVR-Basis

Kollektivvereinbarung im SGB XI

Seit inzwischen acht Jahren schließt der bpa in Thüringen Kollektivvereinbarungen mit den Krankenkassen zur Vergütung der Häuslichen Krankenpflege und zum Punktwert SGB XI auf Basis der Zahlung von Gehältern nach der AVR des bpa Arbeitgeberverbandes. 2025 sind wieder ca. 90 Prozent der Pflegedienste dieser Vereinbarung beigetreten. Der Beitritt erfolgt jeweils - ohne weitere Nachweise - unbürokratisch durch eine einseitige Erklärung des Pflegedienstes.

Der bpa empfiehlt allen Mitgliedern in Thüringen der Kollektivvereinbarung auf Basis der AVR des bpa Arbeitgeberverbandes beizutreten, um die Tariftreueanforderungen des GVWG zu erfüllen. Auf Verlangen der Kassen hat der Träger dabei die Umsetzung der AVR entsprechend nachzuweisen.

SGB XI Punktwert für AVR-Anwender ist um 5,7 Prozent gestiegen

Die diesjährige SGB XI-Preissteigerung für AVR-anwendende bpa-Mitglieder trat zum 1. März in Kraft. Der Punktwert stieg von 0,0807 Euro um 5,7 Prozent auf 0,0853 Euro.

Da im letzten Jahr vereinbart werden konnte, dass alle Einzelvereinbarungen von bpa-Mitgliedern - unabhängig vom Laufzeitbeginn - zum 28. Februar 2026 auslaufen, ist kein bpa-Mitglied gehindert, die Steigerungen zum ersten möglichen Zeitpunkt in Anspruch zu nehmen.

Anwender der regional üblichen Entlohnung erhalten in Thüringen eine um ca. 6 Prozent geringere Vergütung für ihre Leistungen, es sei denn, es gelingt ihnen in Einzelverhandlungen mit den Pflegekassen eine höhere Vergütung zu erzielen. Allen bpa-Mitgliedern, die 2025 den Kollektivvereinbarungen beigetreten waren, steht grundsätzlich auch 2026 die Möglichkeit offen, alternativ Einzelverhandlungen zu führen.

Grundlage für das Verhandlungsergebnis des bpa waren - neben der Inflationsrate - die Personalkostensteigerungen bei den AVR-anwendenden Pflegediensten. Aktuell liegen die Einstiegsgehälter nach AVR für eine Pflegefachkraft in Thüringen bei ca. 4.450 Euro im Monat; das übliche Gehalt einer Fachkraft nach zwei Jahren Betriebszugehörigkeit bei fast 4.700 Euro.

Pflegesätze in der Tagespflege steigen für AVR Anwender um 5,26 Prozent

Für bpa-Mitglieder, die bei der Vergütung ihrer Beschäftigten die Lohntabelle 2026 des bpa-Arbeitgeberverbandes zugrunde legen, steigt der Pflegesatz um 5,26 Prozent. Dem liegt eine prozentuale Gewichtung von 75 Prozent Personal- zu 25 Prozent Sachkosten zugrunde. Auch das Entgelt gemäß § 43b SGB XI sowie das Entgelt für U und V steigen entsprechend.

Teilnahmeberechtigt sind bpa-Mitglieder, die zuletzt bereits der Kollektivvereinbarung beigetreten sind, sowie Mitglieder, die eine Einzelverhandlung auf Basis der AVR 2025 geführt hatten.

Erstmals eine SGB V-Vergütungsvereinbarung mit allen Kassen und Vorgriff auf neuen Rahmenvertrag SGB V

Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet hat, gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern abzuschließen, verhandeln alle Leistungserbringerverbände in Thüringen gemeinsam seit 2024 über einen neuen Rahmenvertrag SGB V mit allen Krankenkassenverbänden. 2025 wurden durch IKK, BKK und Knappschaft sowie den vdek deren jeweilige Rahmenverträge SGB V zum Jahresende gekündigt. Der Rahmenvertrag der AOK wurde bereits vor gut 20 Jahren gekündigt. Alle Verträge befinden sich derzeit in der Nachgeltung.

Im Vorgriff auf die noch nicht abgeschlossenen Verhandlungen konnte bereits zum Jahreswechsel eine Einigung über die Struktur der Vergütungsvereinbarungen erzielt werden. Diese Vergütungsstruktur ist für alle Pflegedienste in Thüringen gleich und tritt jeweils mit deren nächster Vergütungsvereinbarung in Kraft.

Auf dieser Basis ist es dem bpa gelungen - rechtzeitig zum 1. März 2026 - mit allen Kassen eine neue SGB V-Vergütungsvereinbarung für alle Anwender der AVR des bpa Arbeitgeberverbandes abzuschließen. Das Vergütungsniveau der bpa-Kollektivvereinbarung liegt um gut 6 Prozent höher als die Vergütung für Anwender der regional üblichen Entlohnung in Thüringen.



Neue Struktur des einheitlichen SGB V-Verzeichnisses für alle Krankenkassen

Die künftige Vergütungsstruktur bringt für alle Pflegedienste in Thüringen mit SGB V-Versorgungsvertrag einige Neuerungen. Folgende Leistungen der Behandlungspflege dürfen ab 1. März 2026 nur noch durch Pflegefachpersonal erbracht werden:

- Absaugen/Bronchialtoilette
- Anleitung bei der Behandlungspflege
- Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts
- Überprüfen und Versorgen von Drainagen
- Einlauf/Klistier/Klysma/digitale Enddarmausräumung
- Infusionen, i. v.
- Injektion i.m. (betrifft nur die intramuskulären Injektionen)
- Versorgung eines suprapubischen Katheters
- Katheterisierung der Harnblase
- Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten
- Magensonde legen und wechseln
- Wechsel und Pflege der Trachealkanüle
- Pflege des zentralen Venenkatheter
- Wundversorgung
- Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden

Für alle anderen Leistungen dürfen weiterhin auch Hilfskräfte („Sonstige geeignete Kräfte“) einsetzen, wenn die Pflegedienstleitung diese als kompetent dafür erachtet und sich von deren Kompetenz regelmäßig überzeugt.

Medikamentengabe als nicht alleinige Leistung

Die Medikamentengabe als nicht alleinige Leistung wurde bislang nur durch die Ersatzkassen vergütet. Sie wird zukünftig von allen Kassen bezahlt. Die Vergütung dafür beträgt 50 Prozent der alleinigen Medikamentengabe.



12 Aktuelle Meldungen aus der Intensivpflege

Sachsen: Kollektive Vergütungsverhandlungen gemäß § 132l SGB V gescheitert

Im Mai 2025 beschlossen die Teilnehmer der bpa.AG-Intensivpflege die Aufnahme kollektiver Verhandlungen der AKI-Vergütungen. Zur Vorbereitung führte der bpa mit der federführenden AOK-PLUS bereits im Juli 2025 ein Sondierungsgespräch. Beide Seiten bekundeten großes Interesse an einer kollektiven Vergütungsvereinbarung, so dass die Verhandlungen mit allen Krankenkassen zeitnah begannen. Die Kassen konnten zunächst von der in Sachsen verbreiteten Systematik des regional üblichen Entlohnungsniveaus plus 10 Prozent auch für die AKI überzeugt werden. Dies änderte sich nach Veröffentlichung der neuen Vergütungen für das Jahr 2026. Unter Verweis auf die schlechte Finanzlage der Kassen wurden kassenseits neue Grenzen für die Gehälter der Pflegekräfte gesetzt.

Trotz der gesetzlichen Verpflichtung zu einer leistungsgerechten Vergütung kam der bpa den Kassen in den Verhandlungen entgegen. Allerdings konnte für die Auslastungsquote, die Abwesenheitsvergütung und für die Sach-, Verwaltungs- und Investitionskosten keine Einigung erzielt werden. Das Verhandlungsziel zum 1. März 2026 war daher nicht einzuhalten.

Darüber hinaus ist auch die Personalausstattung in der Mehrfachversorgung strittig. Obwohl in den Bundesrahmenempfehlungen der Schlüssel 1:4 als *Orientierungswert* benannt ist, bestehen die Krankenkassen auf einem Personalschlüssel von 1:4 netto. Zwar „gewähren“ die Krankenkassen Bestandsschutz für Wohngemeinschaften, die schon vor dem 1. Juli 2023 AKI nach § 132a SGB V erbracht haben. Dies reicht aber aus Sicht des bpa nicht aus und wird der Intention der Bundesrahmenempfehlungen nicht gerecht.

Die bpa.AG Intensivpflege votierte daher für eine Ablehnung der bisherigen Angebote der Krankenkassen. Die kollektive Verhandlung ist somit gescheitert und es müssen weiter Einzelverhandlungen geführt werden.

Thüringen: Auch in der AKI - Stundenvergütung auf Basis der AVR

Neue Kollektivvereinbarung der Stundensätzen in der Außerklinischen Intensivpflege (AKI) für Thüringen

Auch für 2026 konnte der bpa für seine Mitglieder in Thüringen mit den Krankenkassen wieder eine Kollektivvereinbarung zu den Stundensätzen in der Außerklinischen Intensivpflege (AKI) abschließen. Grundlage ist dabei - wie auch bei den Kollektivvereinbarungen zu Punktwert und Pflegesätzen - die Anwendung der AVR des bpa Arbeitgeberverbandes mit der Entgelttabelle 2026 für Thüringen.

Die Einstiegsgehälter liegen nach AVR für eine Pflegefachkraft in Thüringen bei ca. 4.450 Euro im Monat; das übliche Gehalt einer Fachkraft nach zwei Jahren Betriebszugehörigkeit bei fast 4.700 Euro.

Schon seit mehreren Jahren vereinbart der bpa für Mitglieder in Thüringen Stundenvergütungen für die Intensivpflege. War dies zunächst lediglich mit der AOK Plus möglich, müssen seit letztem Jahr alle Kassen die gleichen Preise gegen sich gelten lassen.

Ausschließlich bpa-Mitglieder konnten der Vereinbarung zum 1. März in einem unkomplizierten Verfahren beitreten. Die Beitrittserklärung zu den Stundensätzen in der 1 zu 1 sowie in der Mehrfachversorgung besteht in der verbindlichen Versicherung, die Beschäftigten auf Basis der AVR-Tabelle 2026 des bpa Arbeitgeberverbandes für Thüringen zu entlohnen.

Der Stundensatz in der Einzelbetreuung 1 zu 1 steigt von 57,74 Euro auf 61,18 Euro. In der Mehrfachversorgung 1 zu 3 steigt der Stundensatz von 26,08 Euro auf 27,63 Euro, in der Mehrfachversorgung 1 zu 4 von 20,79 Euro auf 22,02 Euro. Insgesamt liegt das Ergebnis mit 5,95 Prozent leicht über dem reinen Wert der Lohn- und Sachkostensteigerung.

Der aktuelle Abschluss sieht darüber hinaus folgendes vor:

- Laufzeitende ist unabhängig vom Beitrittstermin immer der 28. Februar 2027. Dies ermöglicht für alle Unternehmen eine Folgevereinbarung zum 1. März 2027 zu verhandeln.
- Ein späterer Beitritt ist monatlich möglich, sofern die bisherige Einzelvereinbarung ausgelaufen ist.



- Die Vereinbarung unterscheidet für Bestandseinrichtungen weiter zwischen WGen bis zu 6 Bewohnern und ab 7 Bewohnern. Bei einer Versorgung von bis zu 6 Bewohnern ist weiterhin ein Personalschlüssel von 1:3 wählbar.

Die Mehrzahl der bpa-Mitgliedsunternehmen mit Intensivpflegediensten nutzt durch Beitritt diese Möglichkeit der Vergütungsanpassung auch in diesem Jahr. Alternativ sind für alle bpa-Mitglieder stets auch Einzelverhandlungen möglich.

13 BSG entscheidet zur Höhe der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger nach der Kostenabgrenzungsrichtlinie in der außerklinischen Intensivpflege

Seit vielen Jahren wird in der Praxis regelmäßig über die Kostentragungspflicht der Sozialhilfeträger in der außerklinischen Intensivpflege gestritten. Die dazu bislang ergangene instanzliche Rechtsprechung war bisweilen abenteuerlich und wenig systematisch. So auch in dem hier vorliegenden Fall, der erst durch das BSG eine Richtigstellung erfuhr. Die genauen Urteilsgründe bleiben abzuwarten, um eine eindeutige Einordnung vornehmen zu können, aber so viel ist bereits bekannt:

Eine pflegebedürftige Klägerin (Pflegegrad 4) erhält ärztlich verordnete Behandlungspflege rund um die Uhr. Ein AKI Pflegedienst erbringt die Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI. Gegenüber der Krankenkasse rechnet der Pflegedienst täglich 21,98 Stunden Behandlungspflege ab. Die Pflegekasse bezahlt zusätzlich die Pauschale für Pflegegrad 4. Für die häusliche Pflegehilfe rechnet der Pflegedienst gegenüber der Klägerin nach Leistungskomplexen ab. Dadurch entstehen mehrere tausend Euro ungedeckte Kosten pro Monat, für die die Klägerin Hilfe zur Pflege nach SGB XII beantragt hat.

Die Vorinstanzen haben dem Sozialhilfeträger nur die Übernahme von Kosten für 2,35 Stunden täglich auferlegt, berechnet nach dem (reduzierten) Stundensatz der Krankenkasse - in Auslegung der Abgrenzungsrichtlinien zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Klägerin hält das für falsch und legte Revision ein. Sie argumentierte, dass die vertragliche Abrechnung nach Leistungskomplexen zulässig sei und der Sozialhilfeträger daher den gesamten verbleibenden Restbetrag tragen müsse.

Der 8. Senat des Bundessozialgerichts hat nun das Urteil des Landessozialgerichts aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Es konnte nicht abschließend geklärt werden, ob und in welcher Höhe die Klägerin vom Beklagten eine Zahlung des zivilrechtlich vereinbarten Entgelts verlangen kann. Das Landessozialgericht hat aber nach Ansicht des BSG die Bindung des Sozialhilfeträgers an die Vergütungsvereinbarungen über ambulante Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht ausreichend geprüft. Der Sozialhilfeträger ist nämlich an die in der Pflegeversicherung vereinbarte Vergütungsform gebunden. Diese Bindung besteht grundsätzlich, auch wenn der Sozialhilfeträger nicht direkt an den Vereinbarungen beteiligt war.

Das BSG folgt damit nicht der Linie der Vorinstanzen. Der Sozialhilfeträger muss die tatsächliche Vergütungsstruktur der Pflegeversicherung berücksichtigen und kann die Kosten nicht auf Basis der SGB V-Zeitvergütung reduzieren, sondern muss sich an der vereinbarten Vergütungssystematik (Zeit oder Komplexe) orientieren. Das Landessozialgericht muss nun die Vergütungsregelungen im Detail prüfen und dabei die hälftige Kostenteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse berücksichtigen.

Zu den Einzelheiten der Entscheidung berichtet der bpa ausführlich nach Veröffentlichung der Urteilsbegründung durch das BSG.



14 Steuern und Finanzen: Aktuelle Mitteilungen

Der bpa informiert durch den Steuerberater Heinrich Leinemann die Mitglieder über aktuelle steuerliche Entwicklungen. In dieser Ausgabe geht es um folgende Themen:

1. Steuerbefreiung für das Aufladen eines Elektro- bzw. Hybrid-Kfz im Betrieb
2. Vergütungen aus Genussrechten von Arbeitnehmern können als Kapitaleinkünfte besteuert werden
3. Wann müssen Geschenke dem Finanzamt gemeldet werden?

1. Steuerbefreiung für das Aufladen eines Elektro- bzw. Hybrid-Kfz im Betrieb

Das Bundesfinanzministerium (BMF) hat sich zur Steuerbefreiung für das vom Arbeitgeber gewährte elektrische Aufladen eines Elektro- oder Hybridfahrzeugs im Betrieb des Arbeitgebers geäußert. Der Schwerpunkt des Schreibens betrifft die steuerliche Behandlung der vom Arbeitnehmer selbst getragenen Stromkosten und ihre Erstattung durch den Arbeitgeber.

Hintergrund: Vom Arbeitgeber zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährte Vorteile für das elektrische Aufladen eines Elektrofahrzeugs oder Hybridelektrofahrzeugs im Betrieb des Arbeitgebers oder eines verbundenen Unternehmens sind steuerfrei. Außerdem ist nach dem Gesetz der Ersatz der vom Arbeitnehmer für den Arbeitgeber getragenen Auslagen steuerfrei.

Wesentlicher Inhalt des aktuellen BMF-Schreibens:

Die Steuerbefreiung für das vom Arbeitgeber gewährte Aufladen im Betrieb gilt sowohl für private Elektro- oder Hybridfahrzeuge des Arbeitnehmers als auch für Dienstwagen, die der Arbeitnehmer privat nutzen darf.

Ermittelt der Arbeitnehmer den geldwerten Vorteil für die private Nutzung des Dienstwagens nach der 1 Prozent-Regelung, ist der geldwerte Vorteil für den gestellten Ladestrom abgegolten. Die Steuerbefreiung wirkt sich hierauf nicht aus. Bei Anwendung der Fahrtenbuchmethode bleibt der Vorteil aus dem Aufladen bei der Ermittlung des geldwerten Vorteils ebenfalls außer Ansatz und wird nicht als Kosten des Fahrzeugs mitgerechnet.

Die Steuerbefreiung gilt auch für Elektrofahrräder, wenn sie verkehrsrechtlich als Kfz einzustufen sind, z. B. bei einer Geschwindigkeit des Elektrofahrrads von mehr als 25 km/h.

Lädt der Arbeitnehmer das Fahrzeug zu Hause auf, also nicht im Betrieb des Arbeitgebers, kann der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer die Stromkosten unter dem Gesichtspunkt des Auslagenersatzes steuerfrei ersetzen, wenn es sich um einen Dienstwagen handelt, der auch privat genutzt werden kann.

Lädt der Arbeitnehmer seinen Privatwagen zu Hause auf, ist ein steuerfreier Auslagenersatz nicht möglich.

Die bisher mögliche Pauschale ist allerdings abgeschafft und darf nicht mehr angewendet werden!

Ab dem 1. Januar 2026 ist der Auslagenersatz so zu errechnen:

Ersetzt der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer die Stromkosten für das Aufladen eines Dienstwagens, können die dem Arbeitnehmer entstandenen Stromkosten wie folgt ermittelt werden:

Der Arbeitnehmer kann die für das Laden des Dienstwagens tatsächlich entstandenen Kosten mittels Stromzähler ermitteln, z. B. durch den Stromzähler der Wallbox oder im Dienstwagen. Hat der Arbeitnehmer einen Stromvertrag mit dynamischem Stromtarif abgeschlossen, können die durchschnittlichen monatlichen Stromkosten je kWh einschließlich anteiligem Grundpreis angesetzt werden.

2. Vergütungen aus Genussrechten von Arbeitnehmern können als Kapitaleinkünfte besteuert werden

Wenn ein Arbeitnehmer bei seinem Arbeitgeber Genussrechte kauft, ist es wichtig, ob die Mitarbeiterbeteiligung gewisse Kriterien erfüllt, denn dann können Erträge als Kapitaleinkünfte und nicht als Arbeitslohn besteuert werden. Genussrechte sind eine besondere Form der Unternehmensfinanzierung und gehören zum sog. Mezzanine-Kapital. Mezzanine-Kapital ist eine Mischung aus Eigenkapital (wie bei Gesellschaftern) und Fremdkapital (wie bei normalen Krediten). Neben Genussrechten zählen dazu z. B. Nachrangdarlehen, stille Beteiligungen und Hybridanleihen. Beteiligt sind immer zwei Seiten, nämlich der Kapitalgeber (Genussrechteinhaber), der Geld zur Verfügung stellt, und das Unternehmen (Kapitalnehmer), welches das Geld erhält. Kapitalgeber können Mitarbeitende des Unternehmens, private Anleger oder professionelle Investoren sein. Kapitalnehmer können alle Unternehmen sein, die solche Rechte ausgeben dürfen.

Neben diesen Beispielen sind weitere Modelle denkbar. Der BFH hat Klarheit zur Einkunftsart geschaffen. Die grundsätzlich niedrigere Abgeltungssteuer ist möglich; Sozialabgaben entstehen nicht.



Im Streitfall hatte ein Arbeitnehmer bei seinem Arbeitgeber Genussrechte gekauft. Er zahlte das Geld aus eigener Tasche ein und trug auch das Risiko von Verlusten. Die Verzinsung hing vom Unternehmenserfolg ab, nicht von seiner persönlichen Arbeitsleistung. Das Finanzamt wollte die Zinsen wie Arbeitslohn besteuern.

Der Bundesfinanzhof entschied jedoch, dass diese Zinsen Kapitaleinkünfte sind, und damit wie Zinsen aus einer Geldanlage zu behandeln sind, nicht wie Gehalt (Az. VIII R 14/23). Ausschlaggebend seien dafür eigenes eingesetztes Kapital, echtes Verlustrisiko, eigenständiger Vertrag neben dem Arbeitsvertrag, keine Stimmrechte und keine Beteiligung am Liquidationserlös. Das habe zur Folge, dass auf solche Genussrechtszinsen in der Regel die Abgeltungsteuer gilt.

Das Urteil ist wichtig für Mitarbeiterbeteiligungen: Erfüllen sie diese Kriterien, werden Erträge meist als Kapitaleinkünfte besteuert.

3. Wann müssen Geschenke dem Finanzamt gemeldet werden?

Bewegliche körperliche Gegenstände sind zwar innerhalb der Familie bis zum Wert von 12.000 Euro von der Steuer - nicht jedoch von der Anmeldung (!) - befreit. Das gilt aber nicht, wenn es sich um Geld, Münzen, Edelmetalle, Edelsteine und auch Perlen handelt.

§ 30 Abs. 1 und 2 ErbStG enthält eine Verpflichtung für Beschenkte und auch Schenker, deren Befolgung zu einem Zusammenbruch der Post- und E-Mail-Eingangsstellen der Finanzämter führen würde. Im Gesetz steht wörtlich:

„Jeder der Erbschaftsteuer unterliegende Erwerb ist vom Erwerber ... binnen einer Frist von 3 Monaten dem zuständigen Finanzamt zu melden.“

Das heißt auch alle Weihnachtsgeschenke an Familienangehörige oder Fremde müssen danach bis zum 24. März dem für die Schenkungsteuer zuständigen Finanzamt der/des Beschenkten gemeldet werden, denn das Gesetz nimmt nach seinem Wortlaut keine Geschenke von dieser Pflicht aus! In der Praxis wird es so gehandhabt, dass weder die Beschenkten noch die Finanzämter diese Verpflichtung ganz wörtlich nehmen und die Beteiligten sich auf die Meldung beschränken, die möglicherweise zu einer Schenkungsteuer führen kann.

Die Vorschrift existiert schon seit der Einführung der Schenkungsteuer im Jahre 1906 (!), daher hätten sich die Gerichte auch schon lange damit befassen können. Zu dieser Art von Geschenken (z. B. zu Weihnachten, zum Geburtstag oder zu einem Jubiläum) sind aber bisher kaum Urteile in der Steuerfachliteratur veröffentlicht worden. Allerdings hat kürzlich das Finanzgericht Rheinland-Pfalz zum Wert eines „üblichen Gelegenheitsgeschenks“ zu Ostern entschieden und einen Betrag von 20.000 Euro nicht mehr als steuerfrei angesehen (Az. 4 K 1564/24).

Schenkt also ein großzügiger Vater seinem Kind ein neues E-Auto, seiner Frau eine Kette mit einem großen Stein oder eine Ehefrau ihrem Gatten fünf wertvolle Münzen für seine Münzsammlung, dann sind alle Beschenkten zur Anzeige verpflichtet, ggf. auch die Schenkerin/der Schenker. Aufgrund dieser Anzeige prüft dann das Finanzamt zunächst, ob es eine Schenkungssteuererklärung benötigt und fordert sie an. Erst auf dieser Grundlage kann dann unter Berücksichtigung der persönlichen Freibeträge von 20.000 bis 500.000 Euro ein Steuerbescheid erteilt werden.

Es ist zu hoffen, dass in der nächsten Neufassung des Erbschaftsteuergesetzes auch eine Klarstellung der Anzeigepflicht erfolgt, damit nicht jedes Weihnachtsgeschenk zunächst unter das Gesetz fällt. Denn mit zunehmender Digitalisierung der Vermögensmeldungen (Banken melden größere Vermögensübertragungen zunehmend systematisch) steigt die Wahrscheinlichkeit einer Nachprüfung.



Angebote der bpa Servicegesellschaft und der apm

15 Unternehmensnachfolge in der Pflege: frühzeitig planen

Die Sozialwirtschaft steht vor einem fundamentalen Transformationsprozess. Ein erheblicher Teil der Betreiberinnen und Betreiber von Pflegeunternehmen erreicht in den nächsten fünf bis zehn Jahren das Ruhestandsalter. Um die Unternehmensnachfolge verantwortungsvoll und wirtschaftlich zu regeln, ist es sinnvoll, sich rechtzeitig damit auseinander zu setzen.

Lesen Sie im [Fachbeitrag](#) von Michael Haile, Leiter Unternehmensnachfolge der bpa Servicegesellschaft,

- worauf bei der Unternehmensnachfolge in der Pflege zu achten ist
- welche Herausforderungen es bei der Unternehmensbewertung gibt
- wie das branchenadaptierte Bewertungsverfahren der bpa Servicegesellschaft funktioniert
- warum jetzt der richtige Zeitpunkt ist, um an die Zukunft zu denken.

Die bpa Servicegesellschaft begleitet private Pflegeanbieter in allen Phasen der Unternehmensnachfolge, vom Erstkontakt bis zur letzten Unterschrift. Wenn Sie über Ihre Nachfolge nachdenken oder Fragen haben, nehmen Sie gerne **Kontakt** auf!

Michael Haile | Leiter Unternehmensnachfolge

Tel.: 089 578 798 57 | E-Mail: nachfolge@bpa-servicegesellschaft.de



16 Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote der apm

Die apm Weiterbildung GmbH bietet weiterhin bundesweit dank des Online-Live-Seminars ihr umfangreiches Angebot an Fort- und Weiterbildungen für Ihre Einrichtungen an. Die Kurse werden planmäßig und termingerecht als Online-Live-Seminar und/oder Ortspräsenz-Seminar angeboten.

Technische Voraussetzungen für die Teilnahme an den Videopräsenzformaten:

Computer, Laptop, DSL-Internetzugang, Empfehlung: Headset mit USB-Anschluss, alternativ Lautsprecher oder Kopfhörer, Kamera/Webcam ist zwingend erforderlich, um die Anwesenheit bestätigen zu können. Für die Anwesenheitsdokumentation und die damit zusammenhängende Ausstellung des Zertifikats ist die Teilnahme von mehr als einer Person an einem Arbeitsplatz im Unterricht nicht möglich.

Ein Einstieg in die „Weiterbildung zur Pflegedienstleitung - Verantwortliche Pflegefachkraft“ ist zu jedem neuen Modulstart möglich.

Weiterbildung zur Pflegedienstleitung - Verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71, Abs. 3, SGB XI - modulare Weiterbildung Online-Live-Seminar & zusätzlich E-Learning-Einheiten:

- 460 Unterrichtsstunden gesamt (berufsbegleitend, 416 Unterrichtsstunden Theorie, E-Learning & Prüfung in E-Learning zzgl. 44 Unterrichtsstunden gesteuertes Selbstlernen)
- Modulprüfungen im Rahmen des gesteuerten Selbstlernens nach jedem Modulabschnitt über den E-Campus
- Abschlussprüfung setzt sich aus Modulprüfungen (schriftlicher Prüfungsteil) und mündlicher Prüfung zusammen

Moduleinstiege für 2026 (genaue Terminpläne auf Anfrage)

Schnellkurs (auch als AZAV-zertifizierter Kurs möglich und damit bis zu 100 Prozent förderfähig):

Unterricht montags und dienstags (09:00-16:00 Uhr)	Unterricht dienstags und mittwochs (09:00-16:00 Uhr):
21.04.2026	22.04.2026
11.05.2026	20.05.2026
08.06.2026	10.06.2026
30.06.2026	07.07.2026

Tageskurs:

Unterricht montags (09:00-16:00 Uhr)	Unterricht dienstags (09:00-16:00 Uhr)
18.05.2026	12.05.2026
13.07.2026	30.06.2025
07.09.2026	18.08.2026
Unterricht mittwochs (09:00-16:00 Uhr)	Unterricht donnerstags (09:00-16:00 Uhr)
20.05.2026	30.04.2026
08.07.2026	11.06.2026
09.09.2026	13.08.2026

**Weiterbildung zur Pflegedienstleitung - modulare Weiterbildung (Online-Live-Seminar & zusätzlich E-Learning-Einheiten)**

- 36 Tage Online-Live-Unterricht
- 16 Tage videogestütztes Lernen & E-Learning
- 460 Unterrichtsstunden gesamt berufsbegleitend
- 416 Unterrichtsstunden Theorie, videogestütztes Lernen & E-Learning & Modulprüfungen
- Modulprüfungen im Rahmen des gesteuerten Selbstlernens nach jedem Modulabschnitt über den E-Campus
- zzgl. 44 Unterrichtsstunden Prüfungsvorbereitung/Prüfung/Kolloquium
- Die Abschlussprüfung beinhaltet eine wissenschaftliche Ausarbeitung und deren Präsentation sowie ein Kolloquium.
- Die Endnote setzt sich aus den Modulprüfungen (schriftliche Note) sowie der Abschlussprüfung (mündliche Note) zusammen.

Moduleinstiege für 2026 (genaue Terminpläne auf Anfrage)

Schnellkurs:

Unterricht montags und dienstags (09:00-16:00 Uhr)	Unterricht dienstags und mittwochs (09:00-16:00 Uhr):
21.04.2026	22.04.2026
11.05.2026	20.05.2026
08.06.2026	10.06.2026
30.06.2025	07.07.2026
10.08.2026	12.08.2026

Tageskurs:

Unterricht freitags (09:00-16:00 Uhr)
08.05.2026
19.06.2026
14.08.2026
04.09.2026

**Weiterbildung Praxisanleiter:in - Weiterbildung im Blockunterricht (Online-Live-Seminar)
Verkürzte Laufzeit - jetzt nur noch 6 Monate!**

- 2 Unterrichtstage pro Woche
- 32 Tage Theorie (Laufzeit ca. 6 Monate)
- je 2 Wochen unterrichtsfreie Zeit während der Sommerferien und in der Weihnachtszeit
- 300 Unterrichtsstunden, bestehend aus 264 Unterrichtsstunden Theorie & Prüfung im Online-Live-Seminar, zzgl. 36 Unterrichtsstunden Praxiserprobung in der Praxisanleitung.

Starttermine: 20.05.2026; 20.08.2026; 12.10.2026



Für NRW: Weiterbildung Praxisanleiter:in -Weiterbildung im Blockunterricht (Online-Live- und Ortspräsenz-Seminar in Düsseldorf oder Dortmund)

Verkürzte Laufzeit - jetzt nur noch sechs Monate!

- 2 Unterrichtstage pro Woche
- 32 Tage Theorie (Laufzeit ca. 6 Monate)
- je 2 Wochen unterrichtsfreie Zeit während der Sommerferien und in der Weihnachtszeit
- 300 Unterrichtsstunden, bestehend aus 264 Unterrichtsstunden Theorie & Prüfung im Online-Live-Seminar, zzgl. 36 Unterrichtsstunden Praxiserprobung in der Praxisanleitung.

Starttermin in Düsseldorf: 20.05.2026; 12.10.2026

Starttermin in Dortmund: 20.05.2026; 20.08.2026; 12.10.2026

Für Niedersachsen: Weiterbildung Praxisanleiter:in -Weiterbildung im Blockunterricht (Online-Live- und Ortspräsenz-Seminar in Osnabrück oder Braunschweig)

Verkürzte Laufzeit - jetzt nur noch sechs Monate!

- 2 Unterrichtstage pro Woche
- 32 Tage Theorie (Laufzeit ca. 6 Monate)
- je 2 Wochen unterrichtsfreie Zeit während der Sommerferien und in der Weihnachtszeit
- 300 Unterrichtsstunden, bestehend aus 264 Unterrichtsstunden Theorie & Prüfung im Online-Live-Seminar, zzgl. 36 Unterrichtsstunden Praxiserprobung in der Praxisanleitung.

Starttermin in Osnabrück: 20.05.2026; 12.10.2026

Starttermin in Braunschweig: 20.05.2026; 20.08.2026; 12.10.2026

Für Hamburg: Weiterbildung Praxisanleiter:in - Modulare Weiterbildung im Blockunterricht (Online-Live- und Ortspräsenz-Seminar in Hamburg-Eppendorf)

verkürzte Laufzeit - jetzt nur noch 5 Monate!

- 2 Unterrichtstage pro Woche
- 33 Tage (Laufzeit ca. 5 Monate)
- je 2 Wochen unterrichtsfreie Zeit während der Sommerferien und in der Weihnachtszeit
- 300 Unterrichtsstunden, bestehend aus 276 Unterrichtsstunden Theorie verteilt auf 2 Einstiegs-, 4 Haupt-, 1 Vertiefungs- und 2 Prüfungsvorbereitungsmodulen zzgl. Abschlussgespräch
- Zusätzlich 24 Unterrichtsstunden Hospitation in der apm-Pflegeschule

Starttermin: 14.10.2026

Für Berlin: Weiterbildung Praxisanleiter:in - Modulare Weiterbildung im Blockunterricht (Online-Live- und Ortspräsenz-Seminar in Berlin)

verkürzte Laufzeit - jetzt nur noch 3 Monate!

- 5 Unterrichtstage pro Blockwoche
- 2 Blockphasen mit Unterricht an der apm-Pflegeschule Berlin
- 32 Tage Theorie (Laufzeit ca. 5 Monate)
- 300 Unterrichtsstunden, bestehend aus 260 Unterrichtsstunden Theorie & Prüfung im Ortspräsenz-Seminar und im Online-Live-Seminar, zzgl. 40 Unterrichtsstunden Praxiserprobung in der Praxisanleitung.

Starttermin: 13.04.2026



Jahrespflichtfortbildung für Betreuungskräfte (Refresher)gem. § 53b SGB XI (16 Unterrichtsstunden, Online Liveseminar)

- 16 Unterrichtsstunden
- Online-Live-Seminar

Starttermin: 20.04.-21.04.2026; 18.05.-19.05.2026; 15.06.-16.06.2026

Weitere Informationen, Terminpläne und Seminarinhalte erhalten Sie direkt bei der apm-Weiterbildung GmbH unter folgender E-Mail-Adresse: fortbildung@apm-wb.de