

Weitere sozialrechtliche Informationen sowie Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de.

© 2025 beta Institut gemeinnützige GmbH | Kobelweg 95, 86156 Augsburg | www.betanet.de

Häusliche Krankenpflege

1. Das Wichtigste in Kürze

Die häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte von der Krankenversicherung nach ärztlicher Verordnung, wenn sie z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen, oder auch um einen stationären Aufenthalt zu vermeiden. Sie umfasst die notwendige Behandlungspflege und je nach Bedarf auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung und ist zuzahlungspflichtig.

Die häusliche Krankenpflege der Krankenversicherung ist etwas anderes als die [häusliche Pflege der Pflegeversicherung](#).

Sonderformen sind die [Psychiatrische Krankenpflege](#) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sowie für Menschen mit intensivem Betreuungsbedarf die [außerklinische Intensivpflege](#).

2. Wer ist für die häusliche Krankenpflege zuständig?

In der Regel ist die [Krankenversicherung](#) der Kostenträger.

In besonderen Fällen können andere Träger zuständig sein:

- bei einem Arbeits-/Wegeunfall oder einer Berufskrankheit die [Unfallversicherung](#)
- z.B. bei Gewaltopfern der zuständige [Träger der sozialen Entschädigung](#)
- für finanziell bedürftige Menschen ohne Krankenversicherung, ggf. der Träger der [Sozialhilfe](#) im Rahmen der [Krankenhilfe](#)

3. Was sind die Voraussetzungen für häusliche Krankenpflege?

3.1. Situationen, in denen häusliche Krankenpflege verordnet werden kann

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn:

- eine Krankenhausbehandlung vermieden wird bzw. erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil die betroffene Person aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit der betroffenen Person (**Krankenhausvermeidungspflege**)
oder
eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird (**Krankenhausverkürzungspflege**)
oder
eine schwere Krankheit bzw. eine akute Verschlimmerung der Krankheit vorliegt, z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Operation (**Unterstützungspflege**)
oder
sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z.B. in Form von Wundversorgung oder Injektionen (**Sicherungspflege**)
und
- die betroffene Person von keiner im Haushalt lebenden Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann.

Es gibt allerdings keine Möglichkeit, ein anderes Haushaltsmitglied zur Pflege zu zwingen, und es kann auch unzumutbar sein, sich von einer bestimmten Person pflegen zu lassen. Deshalb gilt, dass häusliche Krankenpflege auch dann nicht ausgeschlossen ist, wenn

- zwar eine Person im Haushalt die Pflege übernehmen **könnte**, aber dazu nicht bereit ist
oder
- wenn es zwar eine Person im Haushalt gibt, die zur Pflege bereit ist, aber die pflegebedürftige Person von dieser aus nachvollziehbaren Gründen nicht gepflegt werden will. Ob die Gründe als nachvollziehbar anerkannt werden, ist immer eine Einzelfallentscheidung.

3.2. Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob diese über die genannten Voraussetzungen

hinaus freiwillig die häusliche Krankenpflege übernimmt (§ 11 Abs. 6 SGB V).

4. Wo findet häusliche Krankenpflege statt?

Die häusliche Krankenpflege wird an geeigneten Orten erbracht, an denen sich die pflegebedürftige Person regelmäßig aufhält, z.B.:

- im Haushalt der pflegebedürftigen Person oder ihrer Familie
- in betreuten Wohnformen, z.B. Wohngemeinschaften
- in Schulen und Kindergärten
- in [Werkstätten für behinderte Menschen](#)
- in teilstationären Einrichtungen der [Tages- oder Nachtpflege](#), wenn keine [Pflegebedürftigkeit](#) nach § 14 SGB XI vorliegt und die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen notwendig ist
- in Einrichtungen der [Kurzzeitpflege](#)

Auch Wohnungslose können häusliche Krankenpflege erhalten, wenn sie vorübergehend in einer Einrichtung oder einer anderen geeigneten Unterkunft aufgenommen werden, z.B. in einem Obdachlosenheim oder einem Frauenhaus.

5. Häusliche Krankenpflege und Leistungen der Pflegeversicherung

5.1. Ist ein Pflegegrad für häusliche Pflege notwendig?

Die Behandlungspflege wird von der Krankenkasse finanziert und ist, anders als bei Leistungen der Pflegeversicherung, **nicht** an einen [Pflegegrad](#) gebunden. Behandlungspflege der Krankenkasse kann unabhängig von den Leistungen der Pflegeversicherung, aber auch **gleichzeitig** genutzt werden.

5.2. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für Menschen mit Pflegegrad

Grundpflege und **hauswirtschaftliche Versorgung** gehören allerdings **nicht** zur häuslichen Krankenpflege der Krankenkasse, wenn die Pflegeversicherung schon einen Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt hat.

Sie müssen dann über die [Leistungen der Pflegeversicherung für die häusliche Pflege](#) abgedeckt werden:

- Wenn sich der Pflegebedarf dauerhaft erhöht hat, ist ein Antrag auf Höherstufung des Pflegegrads sinnvoll.
- Bei einem nur für weniger als 6 Monate erhöhtem Pflegebedarf wird der Pflegegrad **nicht** erhöht. Für einen vorübergehend erhöhten Pflegebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung für Menschen mit einem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 sind **keine höheren Pflegeleistungen** vorgesehen. Es kann aber helfen, die vorgesehenen Leistungen für den jeweiligen Pflegegrad auszuschöpfen, z.B. für [Kurzzeitpflege](#) oder den [Entlastungsbetrag](#) für die hauswirtschaftliche Versorgung.
- Können Pflegebedürftige ihren vorübergehend erhöhten Bedarf nach Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nicht über die Leistungen der Pflegeversicherung abdecken, müssen sie diese Kosten selbst tragen. Wer das nicht bezahlen kann, kann beim Sozialamt [Hilfe zur Pflege](#) beantragen.

5.3. Beispiel:

Frau Meyer hat Pflegegrad 2 und braucht Unterstützung bei der Körperpflege. Zweimal wöchentlich kommt ein Pflegedienst und hilft ihr beim Duschen. Diese sog. [Pflegesachleistung](#) wird von der Pflegekasse bezahlt.

Zudem hat Frau Meyer Diabetes, seit kurzem muss sie Insulin spritzen. In ihrem Umfeld gibt es keine Unterstützung und allein ist sie damit überfordert. Die Hausärztin verschreibt eine Behandlungspflege. Der Pflegedienst kommt nun täglich, um das Insulin zu verabreichen. Diese Leistung wird als Behandlungspflege von der Krankenkasse bezahlt und gehört in dem Fall zur Sicherungspflege (siehe oben).

6. Häusliche Krankenpflege und Eingliederungshilfe

Auch wer [Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen](#) erhält, kann Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gilt:

Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen einfache Maßnahmen der Krankenpflege selbst leisten, z.B. Blutdruck messen oder Medikamente verabreichen. Behandlungspflege (siehe "Welche Leistungen gehören zur häuslichen Pflege?") wird nur dann gewährt, wenn eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegekraft notwendig ist.

Beim **betreuten Wohnen** mit Eingliederungshilfe in einer eigenen Wohnung hingegen gehört all das nicht zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe. Die Behandlungspflege wird immer zusätzlich gewährt.

7. Wie lange wird häusliche Krankenpflege geleistet?

Die **Krankenhausvermeidungspflege** ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch den [Medizinischen Dienst](#)) auch länger. Ambulante [Palliativversorgung](#) fällt unter diese Ausnahmefälle und kann daher auch über 4 Wochen hinaus verordnet werden.

Die **Sicherungspflege** kann so lange verordnet werden, wie sie medizinisch notwendig ist.

8. Welche Leistungen gehören zur häuslichen Pflege?

8.1. Mögliche Leistungen

Zur häuslichen Krankenpflege können folgende Leistungen gehören:

- **Behandlungspflege** :
 - medizinische Hilfeleistungen
z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen des Blutdrucks oder der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen
oder
 - verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen
z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle.
Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der [Pflegebedürftigkeit](#) in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.
- **Grundpflege**: pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung**: Hilfen im Haushalt, z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Spülen, Waschen, Heizen.

8.2. Umfang der häuslichen Krankenpflege

Welche Leistungen im Einzelfall dazugehören, hängt davon ab, ob die häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege bzw. Krankenhausverkürzungspflege, als Sicherungspflege oder als Unterstützungspflege erbracht wird:

- **Krankenhausvermeidungspflege** und **Krankenhausverkürzungspflege** umfasst:
 - Behandlungspflege
 - Grundpflege
 - Hauswirtschaftliche Versorgung
- **Sicherungspflege** umfasst:
 - Behandlungspflege
 - Grundpflege (Dauer ist bei der Sicherungspflege in der Satzung der Krankenkasse geregelt)
 - Hauswirtschaftliche Versorgung (Dauer ist bei der Sicherungspflege in der Satzung der Krankenkasse geregelt)
- **Unterstützungspflege** umfasst:
 - Grundpflege
 - Hauswirtschaftliche Versorgung

8.3. Praxistipps

- Damit Ihre Krankenkasse die Kosten der häuslichen Krankenpflege übernimmt, brauchen Sie eine ärztliche Verordnung auf dem Verordnungsbogen Muster 12. **Nur** wenn auch Behandlungspflege notwendig ist, übernimmt Ihre Krankenkasse die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.
- Wenn die häusliche Krankenpflege nicht ausreicht und Sie nicht pflegebedürftig im Sinne der [Pflegeversicherung](#) sind, können Sie [Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit](#) beantragen.
- Zusätzlich können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine [Haushaltshilfe](#) bekommen.
- [Außerklinischen Intensivpflege](#) bekommen Sie bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dabei erhalten Sie spezialisierte Pflege und Sie werden ärztlich und therapeutisch unterstützt und betreut.

9. Wer verschreibt häusliche Krankenpflege für wie lange?

9.1. Ärztliche Verordnung

In der Regel verordnet die hausärztliche Praxis die häusliche Krankenpflege. Die erste Verordnung ist längstens für 14 Tage möglich, die Folgeverordnung auch für einen längeren Zeitraum.

Die Folgeverordnung kann nach ärztlicher Entscheidung auch in einer Videosprechstunde oder in Ausnahmefällen telefonisch veranlasst werden, wenn:

- die versicherte Person vorab persönlich bei der Erstverordnung oder beim Hausbesuch untersucht wurde
- die Erkrankung eine Verordnung in der Videosprechstunde nicht ausschließt, z.B. weil keine ausreichende ärztliche Beurteilung möglich ist.

Arztpraxen sind jedoch nicht verpflichtet Videosprechstunden anzubieten.

Im Rahmen des [Entlassmanagements](#) nach einem Krankenhausaufenthalt kann häusliche Krankenpflege vom Krankenhaus für längstens 7 Tage nach dem stationären Aufenthalt verordnet werden. Der Krankenhausarzt soll den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig darüber informieren, sodass eine weitere Versorgung nahtlos gewährleistet wird.

9.2. Bearbeitung und Genehmigung der Verordnung

Die Verordnung wird von der versicherten Person unterschrieben und an den ambulanten Pflegedienst weitergegeben. Der Pflegedienst sendet die Verordnung per Post oder über das digitale Ordnungsverfahren (diVO-HKP) an die Krankenkasse. Wurde die Verordnung digital übermittelt, sendet die Krankenkasse die Mitteilung zur Kostenübernahme ebenfalls elektronisch an den Pflegedienst. Dadurch wird die Bearbeitungszeit verkürzt und die Versicherten erhalten schneller eine Rückmeldung, ob die Kosten übernommen werden.

Die Verordnung muss spätestens am vierten Arbeitstag nach der Ausstellung bei der Krankenkasse eingereicht werden. Die Krankenkasse prüft die Verordnung oder beauftragt den [Medizinischen Dienst](#) mit der Prüfung. Wenn Maßnahmen nicht genehmigt werden, muss die Krankenkasse der versicherten Person die Gründe mitteilen. Wurde die Häusliche Krankenpflege oder einzelne Maßnahmen abgelehnt, haben Versicherte die Möglichkeit, [Widerspruch](#) einzulegen.

9.3. Verordnungsfähige Maßnahmen durch Pflegekräfte

Qualifizierte Pflegekräfte dürfen bei Maßnahmen der Behandlungspflege eigenständig entscheiden (sog. Häusliche Krankenpflege Blankoverordnung), wie lange und wie oft diese angewendet werden sollen, wenn dazu keine Vorgaben auf der ärztlichen Verordnung gemacht wurden. Solche Maßnahmen sind z.B. Anleitung bei der Pflege, Absaugen, Versorgung von Wunden, Kompressionsverbände, Stomabehandlung usw.

Voraussetzungen:

- mind. 3 jährige Ausbildung **und** einschlägige Berufserfahrung der Pflegefachkraft
- das Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (siehe unten Richtlinien) mit den Empfehlungen hinsichtlich Dauer und Häufigkeit muss von der Pflegekraft berücksichtigt werden
- regelmäßiger Austausch zwischen behandelndem Arzt und der Pflegekraft
- Pflegefachkraft muss sich persönlich ein Bild vom Gesundheitszustand machen und diesen dokumentieren
- spätestens 3 Monate nach einer HKP-Blankoverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden

10. Zuzahlung zur häuslichen Krankenpflege

Wenn die Krankenkasse zuständig ist, zahlen Versicherte ab dem 18. Geburtstag 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr sowie 10 € pro Verordnung (§ 61 SGB V).

Sind andere Kostenträger, z.B. [Unfallversicherung](#), zuständig, fallen **keine** Zuzahlungen an.

10.1. Praxistipp Zuzahlungsbefreiung

Da die Kosten sehr hoch werden können, sollten Sie rechtzeitig auf die Möglichkeit der [Zuzahlungsbefreiung](#) achten, wenn die Kosten 2 % Ihres Einkommens überschreiten. Für Krankenversicherte, die als „chronisch krank“ gelten, gilt eine niedrigere Zuzahlungsgrenze von 1 % des Einkommens, Näheres unter [Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke](#).

11. Wer pflegt bei der häuslichen Krankenpflege?

In der Regel erfolgt die häusliche Krankenpflege durch [ambulante Pflegedienste](#), die Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Der Pflegedienst rechnet dann direkt mit der Krankenkasse der versicherten Person ab.

Die Kosten für eine **selbst beschaffte Pflegekraft** können in angemessener Höhe (d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Pflegekraft) übernommen werden, wenn:

- die Krankenkasse keine Pflegekraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann, z.B. wenn die Pflegedienste, mit denen sie Verträge hat, keine Kapazitäten mehr haben.
- die selbst beschaffte Pflegekraft geringere Kosten verursacht.
- die zu pflegende Person aus nachvollziehbaren Gründen nur eine bestimmte selbst ausgewählte Pflegekraft akzeptiert. Diese Pflegeperson muss geeignet sein, pflegerische Dienste zu erbringen, was allerdings nicht notwendigerweise eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzt.

12. Richtlinien

Der [Gemeinsame Bundesausschuss](#) hat zur häuslichen Krankenpflege der **Krankenkassen** eine Richtlinie erstellt. Diese kann unter www.g-ba.de > Richtlinien > Häusliche Krankenpflege-Richtlinie heruntergeladen werden.

Die "Gemeinsamen Richtlinien der Verbände der **Unfallversicherungsträger** über häusliche Krankenpflege" finden Sie bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung unter www.dguv.de > [Rehabilitation/Leistungen](#) > [Richtlinien der UV-Träger](#) .

13. Wer hilft weiter?

- Je nach Zuständigkeit die [Krankenkasse](#) der [Unfallversicherungsträger](#) , der [Träger der sozialen Entschädigung](#) oder das [Sozialamt](#) .
- Für die Verordnung die Arztpraxis oder das Krankenhaus

14. Verwandte Links

[Ambulante Kinderkrankenpflege](#)

[Kinderpflege-Krankengeld](#)

[Häusliche Pflege Pflegeversicherung](#)

[Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit](#)

[Psychiatrische Krankenpflege](#)

[Ambulante Palliativdienste](#)

[Übergangspflege im Krankenhaus](#)

[Pflegeleistungen](#)

Rechtsgrundlagen: § 37 SGB V – § 32 SGB VII