



Was sich in der Pflege nun ändert – und was nicht

Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) bringt zahlreiche Neuerungen: Die neue Versorgungsform „stambulant“, eine Stärkung der kommunalen Pflegeplanung, neue Leitlinien für Pflegesatzverhandlungen – und viele Detailänderungen.

Von Lukas Schweizer und Jörn Bachem

Langer Vorlauf, Regierungswechsel, kommt jetzt endlich ein Aufbruch? Der Bundestag hat am 6. November das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) verabschiedet. Es tritt am 1. Januar 2026 in Kraft. Das sind die wichtigsten Neuerungen im Überblick:

Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen
Das Gesetz bringt die seit 2008 laufenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Leistungen an Pflegefachpersonen (PPF) in die Regelversorgung. Besonders qualifizierte PPF sollen nun ausdrücklich eigenverantwortliche Heilkunde ausüben dürfen. Erster Schritt sind die Wundversorgung sowie Maßnahmen bei Diabetes- und Demenzbehandlungen aus den Modellversuchen.

Bis zum 31. Dezember 2026 sollen Einzelheiten für die Umsetzung in Rahmenverträgen vereinbart werden und weitere medizinische Leistungen dazu kommen. Geregelt wird dann auch für die häusliche Krankenpflege, welche Maßnahmen der Krankenbehandlung und welche Hilfsmittel PPF verordnen dürfen. Die erforderlichen Qualifikationen werden ebenfalls in den Rahmenverträgen bestimmt. In den Modellvorhaben waren nur PPF mit Studienabschluss vorgesehen, künftig sollen Weiterbildungen und unter

Bedingungen auch Berufserfahrung ausreichen.

In stationären Pflegeeinrichtungen sollen die zusätzlichen Leistungen vom Pflegesatz umfasst sein. Der Mehraufwand aus dem SGB V muss also in den Pflegesätzen nach dem SGB XI verhandelt werden und damit von den Pflegebedürftigen und dem Sozialhilfeträger bezahlt. Die GKV spart. Ein weiterer ordnungspolitischer Sündenfall in der vollstationären Pflege.

Ein Start am 1. Januar 2027 ist nicht zu erwarten. Der Umsetzungsprozess wird sich hinziehen.

Stambulante Versorgung
Ex-Modellvorhaben, die zweite: Auch die „stambulante Versorgung“ soll als neue Einrichtungsform für alle machbar sein. Sie soll Selbstbestimmung und Eigenständigkeit der Pflegebedürftigen, die Einbindung von Angehörigen und eine effiziente Ressourcennutzung stärken.

Stambulant erhalten Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften als Basisleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst – sie sind der „stationäre“ Anteil – und darüber hinausgehende Wahlleistungen durch Angehörige, ambulante Pflegedienste oder andere Dienstleister. Was Basisleistungen und was Wahlleistungen sind, muss der ambulante Dienst mit den Kostenträgern genauso verhandeln wie die Preise für das Basispaket einschließlich darin enthaltener Leistungen der Behandlungspflege.

Darüber hinausgehende HKP-Leistungen werden nach der SGB V Vergütungsvereinbarung des Pflegedienstes bezahlt.

In den stambulanten WGs haben die Pflegebedürftigen Anspruch auf alle ambulanten Leistungen nach dem SGB XI mit Ausnahme des Entlastungsbetrags. Anstatt des bisherigen Wohngruppenschlags in Höhe von 214 Euro pro Monat erhalten sie einen Zuschlag in Höhe von 450 Euro pro Monat.

Der Pflegedienst muss einen speziellen Versorgungsvertrag für die WG abschließen. Er muss die Basisleistungen, die Wahlleistungen und deren Vergütung umfassen. Ein Zwang, WGs stambulant anzubieten, wird aber nicht eingeführt. Das wurde in letzter Minute klargestellt.

Auch hier ist der Zeitplan überaus ambitioniert, seine Einhaltung sehr fraglich. Bis zum 1. Oktober 2026 sollen die Spitzenverbände der Kassen und der Pflegeeinrichtungen Rahmenempfehlungen über die Vertragsinhalte und Vertragsvoraussetzungen vereinbaren.

Kommunale Pflegestrukturplanung
Kommunale Pflegestrukturplanungen sowie Landes- und regionale Pflegeausschüsse bestehen bereits seit geraumer Zeit. Die nach § 8a SGB XI ausgesprochenen Empfehlungen sind bereits jetzt bei dem Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen zur Weiter-

entwicklung der Versorgung – theoretisch – zu berücksichtigen, wenn es sie denn gibt. Da sie nach Auffassung des Gesetzgebers bislang kaum eine Rolle spielen, sollen sie künftig beim Abschluss der Versorgungsverträge „beachtet“ werden. So sollen die Mitwirkungsrechte der Länder und Kommunen bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gestärkt werden.

Nach der Gesetzesbegründung soll die marktwirtschaftliche Ausrichtung der Pflegeversorgung aber erhalten, eine Verhinderungsplanung durch die Kommunen nicht ermöglicht werden. Sie widerspricht allerdings dem Wortlaut der Neuregelung einer Pflicht zum „Beachten“. Kann dann ein neuer Versorgungsvertrag wegen mangelndem Bedarf abgelehnt werden? Verunsicherung und Streit sind vorprogrammiert, wo angeblich entbürokratisiert werden soll.

Verfahrensleitlinien und Rahmenempfehlungen zur Pflegesatzverhandlung
Etwas Entbürokratisierung hingegen könnte das BEEP bei den Pflegesatzverhandlungen schaffen. Nach dem neuen § 86a SGB XI werden Verfahrensleitlinien bestimmt und Bundesrahmenempfehlungen für die Pflegesatzverhandlungen eingeführt. Die Kostenträger sollen etwa unmittelbar nach der Verhandlungsaufforderung eine Ansprechperson bestimmen.

men, die für die Verhandlung auf Kostenträgerseite verantwortlich ist. Sie kann auch eine Abschlussvollmacht erhalten. Nachweise müssen zeitnah nach der Aufforderung angefordert, aber auch von der Einrichtung vorgelegt werden. Zu den Pflegesatzvereinbarungen sollen künftig die maßgeblichen Annahmen und Werte hinterlegt werden, auf denen die Vergütung beruht, sodass diese bei

Große Sprünge zur Entbürokratisierung wird man im BEEP vergeblich suchen. Es bleibt hinter seinem hochtrabenden Titel weit zurück.

folgenden Steigerungsverhandlungen zugrunde gelegt werden können.

In den bis zum 30. September 2026 zu vereinbarenden Rahmenempfehlungen sollen unter anderem Anforderungen an die Nachweise sowie zum vereinfachten Kostensteigerungsverfahren bestimmt werden. Solche pauschalen Erhöhungen werden erstmals geregelt und dadurch gestärkt. Durch die Vorgabe, dass die Steigerungen in angemessenem Verhältnis zu den

individuellen Kosten jeder Einrichtung stehen müssen, wird die Entlastung von Bürokratie aber relativiert.

Gut hingegen ist, dass die Umsetzungsfrist für Anwender des regional üblichen Entgelt-niveaus und Tarifanlehner auf drei Monate verlängert wird, die Veröffentlichung erfolgt ab 2026 bereits am 30. September. Und: Beim externen Vergleich der Sachkosten müssen die Kostenträger die Vergleichsdaten transparent darstellen.

Und die Entbürokratisierung? Große Sprünge wird man im BEEP vergeblich suchen. Es bleibt hinter seinem hochtrabenden Titel weit zurück. Es ändern sich unzählige Kleinigkeiten, etwa die Verlängerung der Ankündigungsfrist für die Qualitätsprüfungen auf zwei Arbeitstage oder die Verlängerung der Prüfturnus bei guter Qualität auch für ambulante Dienste.

Aber im Kern bleibt jenseits der Befugnisserweiterung alles wie gehabt. Vertrauen und Freiräume bekommen Pflegeeinrichtungen nicht. Von einer Finanzreform ist eh keine Rede. Finanzierung von Digitalisierung und Robotik? Fehl-anzeige. Die erste Chance, die Pflege zukunftsfähig aufzustellen, hat die Unions-SPD-Regierung verpasst. Das sollen nun Arbeitsgruppen richten. Man darf, man muss gespannt sein.

Die Autoren sind Rechtsanwälte bei Iffland Wischniewski, Fachkanzlei für die Sozialwirtschaft, Darmstadt, www.iw-recht.de.



„Vertrauen und Freiräume bekommen Pflegeeinrichtungen nicht.“

Jörn Bachem



„Im Kern bleibt jenseits der Befugnisserweiterung alles wie gehabt.“

Lukas Schweizer