

BEEP

The word "BEEP" is spelled using four wooden blocks. The letter 'B' is pink and sits on a light brown block. The first 'E' is yellow and sits on a light brown block. The second 'E' is yellow and sits on a light brown block. The letter 'P' is teal and sits on a light brown block. The blocks are arranged in a row on a blue surface against a blue background.

Die kleine Pflegerereform



Stambulante Wohngruppen, kommunale Bedarfsplanung und schlankere Pflegesatzverhandlungen – das „Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ hat Licht- und Schattenseiten. Die wichtigsten Änderungen für Pflegeheime im Überblick.

Text: Lukas Schweizer | Jörn Bachem

Am 6. November hat der Bundestag das „Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ (BEEP) beschlossen. Es tritt am 1. Januar 2026 in Kraft. Das Gesetz bringt viele, aber keine bahnbrechenden Neuerungen. Weitere Vorschläge des Bundesrats wurden abgelehnt. Den großen Wurf soll jetzt eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ schaffen.

Modellprojekte „stambulant“ gehen in Regelversorgung

Das Gesetz führt eine dritte Versorgungsform ein: Zwischen stationär und ambulant gibt es künftig in § 92c SGB XI „stambulant“. Die bisherigen Modellprojekte werden so in die Regelversorgung übernommen.

Das jahrelang erprobte Konzept stammt vom Träger Benevit aus Baden-Württemberg und soll stationäre Versorgungssicherheit mit ambulanter Flexibilität vereinen. Im Mittelpunkt stehen Selbstbestimmung und Eigenständigkeit der Pflegebedürftigen, die Einbindung von Angehörigen und eine flexible Nutzung der Ressourcen. So soll Pflege mit weniger Kosten als Eigenanteil und weniger Personal möglich sein.

Pflegebedürftige in stambulanten Wohngruppen erhalten individuell zu vereinbarenden Basisleistungen vom ambulanten Pflegedienst. Diese umfassen einen Leistungsmix aus häuslicher Pflegehilfe nach dem SGB XI, häuslicher Krankenpflege nach SGB V, Betreuung

**Berlin hätte einfach
den Zwang zu klaren
Zuständigkeitsregelungen
vorgeben können, es fehlte
aber der Mumm.**

und hauswirtschaftlichen Leistungen. Basisleistungen muss der Pflegedienst verpflichtend erbringen, er erhält sie aber auch fix vergütet – ein quasi-stationäres Paket, das Versorgungssicherheit bringen soll, wie im Pflegeheim.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege als Basisleistungen benötigen keine ärztliche Verordnung mehr, sondern wie im Heim nur eine Anordnung. Sie werden von den Krankenkassen bezahlt. Die Einzelheiten der Ver-





450

Euro erhalten Pflegebedürftige in stambulanten Wohngemeinschaften – in Summe also ein höheres Sachleistungsbudget.

gütung und Abrechnung regeln die Verträge. Zusätzlich vereinbaren die Pflegebedürftigen mit dem Pflegedienst Wahlleistungen. Diese muss er nach dem individuellen Wunsch der Bewohner erbringen, sie sind von Kranken- und Pflegekassen sowie Bewohnern nach den ambulanten Vergütungsregelungen zu bezahlen. Die Pflegebedürftigen können sich die erforderliche Unterstützung aber auch selbst organisieren und dafür etwa auf Angehörige, andere Pflegedienste oder externe Dienstleister zurückgreifen. Beispielsweise hauswirtschaftliche Leistungen wie das Reinigen der eigenen Räumlichkeiten oder der Wäsche können Verwandte oder Freunde übernehmen.

Die Pflegebedürftigen in stambulanten Wohngemeinschaften haben gemäß dem neuen § 45h SGB XI 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 erhöhten Zuschlag von 450 Euro pro Monat, in Summe also ein höheres Sachleistungsbudget. Das wird erkaufte mit dem Ausschluss des Anspruchs auf Tagespflege. So genannte Stapelleistungen soll das neue Recht explizit abschließen. Es gibt für ambulante Dienste, die Wohngemeinschaften versorgen, aber ausdrücklich keinen Zwang, Verträge nach § 92c abzuschließen.

Der Pflegedienst muss einen Versorgungsvertrag über die Basis- und Wahlleistungen mit den Partnern der Vergütungsvereinbarung (§ 89 Absatz 2 SGB XI) und zusätzlich den Krankenkassenverbänden abschließen. Bei Uneinigkeit wird der Vertragsinhalt insgesamt durch die SGB XI-Schiedsstelle unter Mitwirkung der Krankenkassen festgesetzt. Über die Ausgestaltung der Versorgungsverträge sollen bis zum 30. September 2026 Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände vereinbart sein. Verbunden sind die Neuregelungen der §§ 45h und 92c mit Sonderregelungen für Qualitätsprüfungen. Die gemeinsamen Qualitätsmaßstäbe nach § 113 SGB XI sollen entsprechend ergänzt werden.

Die neue Versorgungsform wird unterschiedlich bewertet. Von den Personalbemessungsvorgaben der Rahmenverträge abweichen – also die Versorgung weitgehend ambulant organisieren zu können, scheint tatsächlich Flexibilität zu bringen; doch bleibt abzuwarten, wie sie in den Rahmenempfehlungen tatsächlich umgesetzt wird. Die Frist bis September 2026 ist ehrgeizig, es geht um

langfristig bundesweit verbindliche Vorgaben und nicht mehr um ein Modellprojekt. Der erste Versuch muss sitzen.

Kann ein dritter Sektor mit eigenen Regelungen und Qualitätssicherungsinstrumenten tatsächlich Bürokratie abbauen? – Eher fraglich. Die Auflösung der Sektorengrenzen wäre der nötige Schritt. Auch ob ein Anspruch auf den Zuschlag für stambulante Wohngruppen ausnahmslos besteht, ist unklar. Zuletzt hat das Landessozialgericht Hessen entschieden, dass der Anspruch nach § 38a SGB XI bei anbieterorganisierten WGs ausgeschlossen ist. Heimrechtlich bleiben ebenfalls viele Fragen zu klären, je nach Landesrecht. Hier rächt sich die föderale Zersplitterung. Für Heimträger, die ambulantisieren möchten, ergeben sich immerhin neue Perspektiven. Sie müssen aber mit zähen und aufwendigen Verhandlungen mit den Kostenträgern rechnen. Das Basispaket und dessen Preis werden die Kampfzone sein. Die Kassen werden es umfangreich und billig haben wollen.

Ob so viele Verträge zur stambulanten Versorgung geschlossen werden, bleibt offen. Immerhin gibt es für Benevit-Gruppen Planungssicherheit: Bestehende Verträge gelten nach Antrag bis zu zwölf Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen weiter.

Fragwürdig: Die kommunale Pflegestrukturplanung

Die Verantwortung für die pflegerische Versorgungsstruktur liegt vor allem bei den Ländern, auch bei Unterversorgung durch Förderung entgegenzusteuern. Dennoch investieren sie fast nichts mehr. Da die Gesetzgebungskompetenz hier allein bei den Ländern liegt, versucht der Bund, die Länder zu mehr Investitionen zu bewegen, indem er ihnen und den Kommunen weitergehende Mitbestimmungsmöglichkeiten einräumt. Künftig „sind“ kommunale Pflegestrukturplanungen sowie die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Versorgungsverträgen „zu beachten“. Das „soll“ eigentlich schon seit geraumer Zeit geschehen. Durch die Änderung der Wortwahl („sollen“/„sind“) ist nun zu befürchten, dass die kommunale und Landesplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen als verbindliche Voraussetzung verstanden wird. Kann dann ein neuer Versorgungsvertrag mangels Bedarf in der Kommune abgelehnt werden?

Manche sehen in der neuen Regelung einen weiteren und radikalen Schritt der Abkehr von der marktwirtschaftlichen Ausrichtung des

SGB XI. Die Gesetzesbegründung betont jedoch, eine marktabstottende Verhinderungsplanung solle den Kommunen nicht ermöglicht werden. Wortlaut und Begründung des Gesetzes widersprechen sich anscheinend. Jedenfalls dann, wenn man „beachten“ mehr Bedeutung als „wahrnehmen“ beimisst. Das ist kein gutes Gesetzeshandwerk und droht neuen Einrichtungen und selbst Ersatzneubauten mit bürokratischen Hürden. Anwälten wird es wohl nicht langweilig werden.

Verfahrensleitlinien und Rahmenempfehlungen zur Pflegesatzverhandlung

Etwas Bürokratieabbau könnte es bei Pflegesatzverhandlungen geben. Künftig werden Verfahrensleitlinien und Bundesrahmenempfehlungen für die Pflegesatzvereinbarung eingeführt. Die Kostenträger sollen unmittelbar nach der Verhandlungsaufforderung eine Ansprechperson benennen, die auf Kostenträgerseite verantwortlich ist. Sie darf eine gemeinsame Abschlussvollmacht erhalten. Den klugen Vorschlag des Bundesrates, diese Regelung nicht optional, sondern verbindlich einzuführen, hat die Bundesregierung abgelehnt, weil bei Dissens zwischen den Kostenträgern Verfahrensverzögerungen zu befürchten seien. Berlin hätte einfach den Zwang zu klaren

DER RAT FÜR DIE PRAXIS

- Stambulant – eine interessante Perspektive. Planung, Abstimmung mit Heimaufsicht und Verhandlungen mit den Kassen fordern viel Zeit und Aufwand! Schiedsverfahren sind einzukalkulieren. Auch wer die Rahmenempfehlungen abwartet, braucht Ressourcen, langen Atem und einen Plan B.
- Nach dem BEEP wie vor dem BEEP: Zu Pflegesatzverhandlungen muss man frühzeitig und gut vorbereitet auffordern! Der beliebte „Kompromiss über alles“ funktioniert nicht mehr: Eine gemeinsame Kalkulation muss die Einigung rechnerisch abbilden. Der Aufwand erleichtert aber die nächste Runde.
- Ob Neubau oder Ersatzbau: Ein neuer Versorgungsvertrag muss her und der Umgang mit den kommunalen Planungsvorgaben ist nicht absehbar. Prüfen Sie frühzeitig die veröffentlichten Planungen, fragen Sie danach! Gehen Sie direkt mit Kommune und Landesverbänden der Pflegekassen in die Abstimmung! Kurz vor knapp heißt im Zweifel: Unsicherheit, Streit, Kosten!

Zuständigkeitsregelungen vorgeben können, es fehlte aber der Mumm.

Nachweise sollen von den Kostenträgern zeitnah nach der Aufforderung angefordert, von der Einrichtung aber auch zeitnah vorgelegt werden. Eine Kalkulation der geeinten Pflegesätze ist so zu hinterlegen oder in der Pflegesatzvereinbarung auszuweisen, dass sie bei künftigen Anpassungen leicht zugänglich ist. So sollen die Daten bei folgenden Kostensteigerungsverhandlungen einfacher zugrunde gelegt werden können.

In den bis zum 30. September 2026 zu vereinbarenden Rahmenempfehlungen sollen zudem Anforderungen an die Nachweise für Personal- und Sachaufwendungen, entsprechende Formulare sowie Verfahren für vereinfachte Pflegesatzerhöhungen bestimmt werden. Solche pauschalen Erhöhungen werden erstmals geregelt und so gestärkt. Weil aber die Steigerungen in angemessenem Verhältnis zu den individuellen Kosten jeder Einrichtung stehen müssen, wird die Entlastung von Bürokratie jedoch relativiert. Gut: Die Umsetzungsfrist für Anwender des regionalüblichen Entgelt-niveaus und Tarifierer wird auf drei Monate verlängert, die Veröffentlichung erfolgt ab 2026 bereits am 30. September. Und: Beim externen Vergleich der Sachkosten müssen die Kostenträger die Vergleichsdaten transparent darstellen. ■

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Das BEEP bleibt hinter den dringenden Erwartungen der Branche und seinem anspruchsvollen Titel weit zurück. Zwar wird im Kleinen viel geändert, so die Verlängerung der Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen oder die Anpassung des Prüfturnus bei guter Qualität für ambulante Dienste, doch grundlegende Verbesserungen bleiben aus. Pflegeeinrichtungen erhalten weder mehr Vertrauen noch zusätzliche Freiräume. Eine nachhaltige Finanzierungsreform sowie die jetzt dringenden Investitionen in Digitalisierung und Robotik fehlen. Damit bleibt die erste Chance der Bundesregierung, die Pflege zukunftsfähig aufzustellen, ungenutzt. Die großen Themen soll jetzt eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ angehen. Dass aus diesem Format echte Lösungen für die drängenden Herausforderungen der Pflege kommen werden, bleibt nur zu hoffen.



Jörn Bachem,
Rechtsanwalt,
Iffland Wischnewski, Fachkanzlei
für die Sozialwirtschaft,
Darmstadt,
www.iw-recht.de



Lukas Schweizer,
Rechtsanwalt,
Iffland Wischnewski, Fachkanzlei für die
Sozialwirtschaft,
Darmstadt,
www.iw-recht.de