

BEEP und die Praxis

Das BEEP ist seit dem 1. Januar 2026 in Kraft. Ein großer Umbruch bleibt zunächst aus. Doch 2026 wird ein wichtiges Jahr der Vorbereitung.

Text: Thomas Knieling



Foto: Susanne El-Nawab

Der Anlauf zu diesem Gesetz, das ursprünglich unter dem Namen „Pflegerkompetenzgesetz“ von der alten Bundesregierung gestartet wurde, dauerte länger als erwartet. Zwar fand der Gesetzesentwurf seinen Platz im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung, doch kurz vor der Zielinie drohte das Gesetz Ende 2025 noch am Veto des Bundesrates zu scheitern. Dies lag nicht an inhaltlichen Vorbehalten, sondern allein daran, dass das BEEP zusammen mit der sehr umstrittenen Krankenhausreform verabschiedet werden musste. Letztlich stimmte jedoch auch der Bundesrat zu, sodass das BEEP pünktlich zum 01.01.2026 in Kraft treten konnte.

Der Weg ist frei für mehr Handlungsspielraum von Pflegefachpersonen

Unter Lockerung des Arztvorbehalts sollen Pflegefachpersonen zukünftig bestimmte heilkundliche Leistungen übernehmen können.

Entsprechende Änderungen wurden im SGB V vorgenommen. Nach 15a in § 73d SGB V können qualifizierte Pflegefachpersonen im Anschluss an eine ärztliche Diagnose in einem Katalog bestimmte ärztliche Leistungen erbringen und Hilfsmittel verordnen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände auf Bundesebene sollen bis 31.12.2026 Vereinbarungen zu den Spielregeln treffen. Ähnliches gilt für die Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln bei pflegerischen Leistungen. Ihre Erforderlichkeit und Notwendigkeit werden vermutet, wenn eine geeignete Pflegefachperson eine Empfehlung abgibt. Vor der praktischen Umsetzung dieser neuen Kompetenz muss gem. § 17a SGB XI der GKV-Spitzenverband bis zum 31.06.2026 noch Richtlinien erlassen, welchem Verfahren die Empfehlung von Pflegefachpersonen unterliegen und vor allem in welchen Fällen, welche (Pflege-) Hilfsmittel empfohlen werden dürfen.

Die entsprechenden Kompetenzen zur Übernahme zusätzlicher Aufgaben sollen im Rahmen der generalistischen Ausbildung von den Pflegefachpersonen erworben werden. Die §§ 4a und 14a des Pflegeberufgesetzes sowie die Ausbildungs- und Prüfverordnung wurden entsprechend angepasst.

Es soll zusätzlich in einem Modellvorhaben des Medizinischen Dienstes Bund geprüft werden, inwieweit Pflegefachpersonen Aufträge zur Übernahme von Aufgaben im Zusammenhang mit dem Begutachtungsverfahren ausführen könnten. Eine Vergütung für die Übernahme von Arbeiten, die eigentlich von Medizinischen Diensten durchzuführen sind, ist dagegen nicht vorgesehen. Dies haben wir als VDAB von Anfang an kritisiert.

Weiterentwicklung nur auf Probe in Modellprojekten

Politisch wird immer wieder beteuert, dass die Strukturreform in der Pflegeversicherung überfällig ist. Dies gilt nicht nur für die Finanzierung, sondern vor allem auch für die Sicherung einer flächendeckenden Versorgung. Die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgung von Demenzzkranken und anderer Pflegebedürftiger soll in Modellprojekten regional erprobt werden. Ziel soll vor allem die effektive Vernetzung von Hilfen sein. Auch die Versorgung in der Nacht und am Lebensende können einbezogen werden. Diese Projekte können bis zu 5 Jahre dauern und müssen dann evaluiert werden. Eine schnelle Weiterentwicklung ist hier also nicht zu erwarten und die Erkenntnisse werden keinesfalls in die nächste Pflegereform einfließen können.

Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Vergütungsverhandlungen

Vergütungsverhandlungen sind bislang im Verfahren sehr analog geprägt, was Abschlüsse zusätzlich zeitlich verzögert. Deshalb ist es überfällig, das Verfahren bis hin zur Vertragsunterzeichnung möglichst weitgehend zu digitalisieren. Fragwürdig ist dagegen die Regelung, dass allein der GKV-Spitzenverband über „Ziele, Dauer, Inhalt und Durchführung von Modellvorhaben“ ohne Beteiligung der Leistungserbringerverbände entscheiden soll. Wie innovationsbereit die Kassen sein werden, bleibt also abzuwarten.

Flexibilisierung der Leistungserbringung in stationären Pflegeeinrichtungen

Eine Flexibilisierung von Leistungen im stationären Setting soll zunächst nur im Hinblick

ZEITPLAN 2026

- **Januar 2026: Inkrafttreten des BEEP**
Das Gesetz tritt pünktlich zum 1. Januar 2026 in Kraft.
- **Juni 2026: Frist für Richtlinien zum Verfahren der Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln**
Der GKV-Spitzenverband muss bis zum 30. Juni 2026 Richtlinien erlassen, welches Verfahren Pflegefachpersonen für die Empfehlung von Pflegehilfsmitteln unterliegt.
- **Oktober 2026: Förderung von regionalen Netzwerken**
Der GKV-Spitzenverband muss bis zum 1. Oktober 2026 eine zentrale Geschäftsstelle zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Netzwerkarbeit errichten.
- **Empfehlungen für Vergütungsverfahren**
Bis zum 1. Oktober 2026 muss die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene Empfehlungen für effizientere Verfahren zur Vergütung und Anpassung der Pflegesatzkommissionen vorlegen.
- **Dezember 2026: Vereinbarungen über neue Handlungsspielräume von Pflegefachpersonen**
Bis zum 31. Dezember 2026 müssen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände auf Bundesebene Vereinbarungen über die Ausweitung der Handlungsspielräume von Pflegefachpersonen (z.B. ärztliche Leistungen und Hilfsmittelverordnungen) treffen.

auf zwei Aspekte in Modellvorhaben erprobt werden.

1. Leistungsübernahme durch An- und Zugehörige bei gleichzeitiger Abwahl der entsprechenden Leistungen gegenüber Einrichtung.
2. Leistungserbringung durch teil- und vollstationäre Einrichtungen auch außerhalb des stationären Settings.

Der Gesetzgeber schließt damit bewusst andere wichtige Felder der Flexibilisierung aus. Das gilt insbesondere für den Bereich Personalvorrat und -einsatz.

Förderung der Selbsthilfe und regionaler Netzwerke

Zur finanziellen und personellen Abfederung der Herausforderungen in der Versorgung will der Gesetzgeber Selbsthilfegruppen stärken. Dazu werden jährlich Fördermittel in Höhe von 0,21 Euro pro privat oder gesetzlich Pflegever-





450

Euro können Pflegebedürftige künftig als monatlichen Zuschlag erhalten, wenn sie Angebote der Regelversorgung nutzen, in denen Aspekte der ambulanten und stationären Versorgung kombiniert werden.

sicherter aus der Pflegeversicherung und aus den Länderhaushalten zur Verfügung gestellt. Auf Basis der aktuellen Mitgliederzahlen der Versicherer wären das jährlich insgesamt rund 18 Millionen Euro. Eine hohe Summe für Strukturen, die sich oft nicht verlässlich in die professionelle Versorgung von Pflegebedürftigen integrieren lassen, da Selbsthilfegruppen freiwillig, neutral und unabhängig tätig werden – und dies auch nach diesem Gesetz tun müssen, um förderfähig zu sein.

Weitere 20 Millionen Euro aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung stehen jährlich zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband soll damit u. a. bis zum 01.10.2026 eine zentrale Geschäftsstelle zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Netzwerkarbeit errichten. Über die Förderung von regionalen Netzwerken entscheiden dann die Landesverbände der Pflegekassen und berichten jährlich an die zentrale Geschäftsstelle.

Ob diese beiden Förderbereiche tatsächlich positive Effekte auf die Versorgungsqualität und -sicherheit haben werden oder zur Prävention beitragen, bleibt abzuwarten.

Neue Leistungen für Pflegebedürftige in „gemeinschaftlichen Wohnformen“

Über die sogenannte „stationäre“ Versorgung wurde viel und lange diskutiert. Als Folge davon hat der Gesetzgeber die §§ 45h und 92c neu in das SGB XI eingefügt. Damit sollen in der Regelversorgung auch Angebote möglich werden, die Aspekte der ambulanten und stationären Versorgung kombinieren. Pflegebedürftige erhalten hier im Vergleich zu ambulant betreuten Wohngruppen einen höheren Zuschlag von 450 Euro monatlich. Kernelement dieses neuen Leistungsbereichs ist ein „Basispaket“, das aus körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung besteht. Darüber hinaus gibt es Wahlleistungen, die der Pflegebedürftige entweder durch den ambulanten Dienst oder durch Angehörige, Pflegepersonen oder Dritte erbringen lassen kann. Der große Unterschied zur bisher praktizierten stambulanten Versorgung im Rahmen eines Modellprojektes ist, dass der leistungsrechtliche Ausgangspunkt nicht eine flexibilisierte stationäre Versorgung, sondern eine besondere ambulante Versorgung ist. Leistungserbringer ist grundsätzlich ein ambulanter Pflegedienst.

Stationäre Träger, die dieses Angebot machen wollen müssen deshalb den Umweg über einen eigenen ambulanten Dienst gehen und

mit den Kassen ggf. einen Gesamtversorgungsvertrag schließen. Die Flexibilisierung der stationären Versorgung soll zunächst im Modellvorhaben nach § 125d SGB XI erprobt werden.

Bevor diese neue Versorgungsform an den Start gehen kann, müssen allerdings noch einige regulatorischen Vorarbeiten in der Pflege-selbstverwaltung absolviert werden. Zunächst müssen gemeinsame Empfehlungen zur Regelung von Personalanhaltswerten (§ 113c Absatz 4 und 5 SGB XI) abgegeben werden, die auch das gemeinschaftliche Wohnen berücksichtigt. Auf Basis dieser Empfehlungen müssen dann innerhalb von 6 Monaten die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI entsprechend ergänzt werden.

Das gemeinschaftliche Wohnen muss vollständig in die Systematik der Qualitätsprüfung einbezogen werden. Dazu soll der Qualitäts-

Das BEEP setzt wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Pflege, bringt den Einrichtungen im Jahr 2026 aber noch kaum konkrete Entlastung oder spürbare Veränderungen im Alltag.

ausschuss einen wissenschaftlichen Entwicklungsauftrag an ein Institut vergeben, das bis zum 01.01.2029 einen Abschlussbericht vorlegen soll. Daran zeigt sich, welche große regulatorische, fachliche und bürokratische Auswirkungen die Schaffung eines neuen Leistungsbereichs nach sich zieht, der weder den bestehenden Modelleinrichtungen noch interessierten Trägern nutzt. Modelleinrichtungen bleiben noch jahrelang in diesem Status und interessierte Träger können nicht einsteigen.

Verlässlichere Verfahren bei Vergütungsverhandlungen

Die Liquiditätsprobleme in Pflegeeinrichtungen aufgrund stark verzögerter Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern sind mehr als nur ein Dauerärgernis: Sie gefährden die wirtschaftliche Existenz der Einrichtungen. Der Gesetzgeber hat auf die breiten und anhaltenden Beschwerden mit dem neu eingefügten § 86a SGB XI reagiert. Dieser sieht Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen und

-vereinbarungen vor. Nach frühzeitiger Anforderung sind die Kostenträger verpflichtet, umgehend einen verbindlichen Ansprechpartner zu bestimmen und mitzuteilen. Sowohl die Datenstruktur als auch die Vorgaben der Pflegegesetzkommissionen sollen vereinfachte Verfahren ermöglichen.

Die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene wird darüber hinaus verpflichtet, bis zum 01.10.2026 auf Bundesebene Empfehlungen für effizientere Verfahren abzugeben. Dabei soll es sowohl um Art und Umfang der vorzulegenden Nachweise, als auch um einheitliche Datenstrukturen und vereinfachte Anpassungsverfahren in Einzel- oder Gruppenverhandlungen gehen. Vor allem einheitliche Anforderungen an Nachweise können die Verfahren deutlich erleichtern, wenn nicht jede Kasse oder sogar jeder Sachbearbeiter nach Gutdünken über Umfang und Tiefe von Nachweisen entscheiden kann. Eine bessere rechtliche Durchgriffsmöglichkeit oder eine Fiktion der Vereinbarung bei Untätigkeit bleibt im BEEP aber leider aus. Hier hätte der Gesetzgeber entschlossener durchgreifen können und müssen.

Einfluss kommunaler Pflegestrukturplanung auf neue Versorgungsverträge

Beim Abschluss neuer Versorgungsverträge sind Empfehlungen und Zielsetzungen von Landespflegeausschüssen und kommunalen Pflegestrukturplanungen zu „beachten“ (§ 72 Absatz 1a SGB XI). Welchen Einfluss diese Vorgabe auf den Kontrahierungszwang hat, bleibt abzuwarten. Grundsätzlich hat ein Träger einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag,

wenn er alle leistungsrechtlichen Anforderungen erfüllt. Ein Gebot zur Beachtung von Empfehlungen und Zielen ist jedoch keine ausreichend konkrete Anforderung, deren Erfüllung sich rechtssicher überprüfen ließe. Es kann also auch nicht als Veto gegen einen Vertragsabschluss eingesetzt werden. Nun gilt es, die Praxis vor Ort genau im Blick zu behalten und einzugreifen, wenn es zu Verwerfungen kommt.

Umsetzung des qualifikationsgerechten Personaleinsatzes

Aufgrund der Regelungen in § 113c SGB XI und der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen wurde in vielen Einrichtungen zusätzliches Personal eingestellt. Zeitgleich wurde auf politischer Ebene die Anforderung formuliert, das zusätzliche Personal auf Basis des Personalbemessungsverfahrens entsprechend seiner Qualifikation einzusetzen und dafür Konzepte zu entwickeln. Prof. Rothgang, der maßgeblich an der Entwicklung des Verfahrens beteiligt war, übernahm in der Folge auch das Modellprojekt nach § 8 Absatz 3a SGB XI. In diesem sollte bis Ende 2025 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zum qualitätsorientierten Einsatz des zusätzlichen Personals entwickelt werden. Der Abschlussbericht liegt inzwischen vor. (Mehr dazu lesen Sie in der März-Ausgabe.)

Aus Sicht des VDAB haben die Erfahrungen in den Projekteinrichtungen gezeigt, dass es weder ein technisches (Stichwort: Software) noch ein konzeptionelles Patentrezept für die Umsetzung gibt, sondern nur einrichtungsindividuelle Lösungen. Deshalb hat sich der VDAB dafür eingesetzt, dass es im BEEP zu keinen Regelungen kommt, die Ergebnisse aus dem Modellprojekt in irgendeiner Form für verbindlich zu erklären. Dies ist weitgehend gelungen, so dass die Einrichtungen die Projektergebnisse als hilfreiche Hinweise nutzen können, ohne ihren eigenen Weg verlassen zu müssen. Insbesondere hat dieses Thema keinen Bezug zu Vergütungsfragen.

Fazit: Das BEEP hat im Jahr 2026 noch keine nennenswerten Auswirkungen auf die Einrichtungen vor Ort. Vielmehr ist das Jahr von Vorbereitungen in der Pflegeselbstverwaltung und bei den Kassen geprägt. Trotzdem lohnt es strategisch, die Entwicklungen zu verfolgen. ■

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE



Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) ist zum 1. Januar 2026 in Kraft getreten. Es erweitert die Kompetenzen von Pflegefachpersonen, führt neue Leistungsformen wie das gemeinschaftliche Wohnen ein und soll Verfahren etwa bei Vergütungsverhandlungen verbessern. Die meisten Änderungen entfalten jedoch erst nach umfangreichen Vorarbeiten in der Pflegeselbstverwaltung oder in mehrjährigen Modellprojekten Wirkung. Für Pflegeeinrichtungen bedeutet 2026 vor allem: beobachten und vorbereiten.



Foto: VDAB

Thomas Knieling,
Bundesgeschäftsführer des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB).

Kontakt:
www.vdab.de