



SONDERBERATUNGSSTANDPUNKT

Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)

Zusammenfassung

Das „Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ (BEEP) beinhaltet zahlreiche Neuregelungen. Der Beratungsstandpunkt fokussiert auf die Neuerungen, die für die Beratungstätigkeit relevant sind und lässt andere Aspekte unberücksichtigt.

Das neue Gesetz stärkt die Kompetenzen qualifizierter Pflegeberater:innen und Pflegefachpersonen und erteilt diesen neue Befugnisse im Bereich Prävention und der Bescheinigung von Pflegeerfordernissen. Für Pflegebedürftige werden Pflichten bei Pflegegeldbezug reduziert und finanzielle Leistungen ausgeweitet. Auch Pflegende Angehörige profitieren von ausgeweiteten Sicherheitsansprüchen und Zuschüssen bei pflegebedingten Erwerbsunterbrechungen. Ebenfalls wird eine Entbürokratisierung durch die Vereinheitlichung von Fristen und die Umsetzung von Digitalisierungsprozessen angestrebt. Die Frist zur Abrechnung von Verhinderungspflege wird dagegen eingekürzt. Digitale Pflegeanwendungen für Menschen mit Pflegebedarf und zur Entlastung ihrer Angehörigen werden angepasst. Letztlich zielt das Gesetz auch auf die Förderung innovativer Formen des Wohnens und Versorgens für Menschen mit Pflegebedarf.

Inhalt

- » Beratung und Empfehlung zu Präventionsleistungen
- » Beratungseinsätze bei Bezug von Pflegegeld
- » Regelungen zum Ruhen des Pflegegeldes
- » Abrechnung von Verhinderungspflege
- » Digitale Pflegeanwendungen - DiPA
- » Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
- » Weitere Änderungen

Beratung und Empfehlung zu Präventionsleistungen

Im § 5 SGB XI ist neu geregelt, dass nun auch qualifizierte Pflegeberater:innen nach § 7a Absatz 3 Satz 2 SGB XI oder Pflegefachpersonen eigenständig Präventionsempfehlungen im Rahmen der Primärprävention nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V aussprechen können. Der Fokus dieser Maßnahmen liegt auf verhaltensbezogener Prävention. Dazu gehören zum Beispiel Bewegung, Ernährung, Sturzprophylaxe oder Stressabbau.



Die Maßnahmen sollen im Rahmen der Begutachtung, der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI), der Erbringung von Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) oder der Beratung bei Pflegegeldbezug (§ 37 Absatz 3 SGB XI) ausgesprochen werden. Damit stehen diese nun auch Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit und nicht mehr nur ausschließlich jenen in stationären Pflegeeinrichtungen zu. Vorgesehen sind eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, eine fachliche Beratung der Versicherten und ihrer Angehörigen und ihrer Pflegepersonen sowie die Formulierung einer Präventionsempfehlung.

Damit sollen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen mit Pflegebedarf gefördert und ihre gesundheitliche Lage verbessert werden. Dies stärkt die häusliche Pflege als Ort der Gesundheitserhaltung.

Beratungseinsätze bei Bezug von Pflegegeld

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5, die ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI beziehen, müssen nur noch halb- anstatt vierteljährlich den verpflichtenden Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI nachweisen. Damit gelten nun die gleichen Regeln wie in Pflegegrad 2 und 3. Sie können die Beratung auf Wunsch jedoch auch immer noch vierteljährlich in Anspruch nehmen.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 1 und jene, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, können die Beratung nach wie vor halbjährlich anfragen.

Bis zum 31.03.2027 kann ebenfalls weiterhin jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen.

Bei diesen Beratungseinsätzen soll künftig nicht nur auf andere Beratungsmöglichkeiten wie Pflegestützpunkte oder Beratung nach § 7a SGB XI, sondern auch auf Pflegekurse nach § 45 SGB XI und „sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote“ hingewiesen werden.

Regelungen zum Ruhen des Pflegegeldes

§ 34 SGB XI besagt, dass das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Eine Ausnahme davon besteht, wenn sich die pflegebedürftige Person in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhält. Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten wird das Pflegegeld nun nicht mehr sechs, sondern acht Wochen pro Kalenderjahr weitergezahlt.

Neu ist auch, dass das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI jetzt bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung, bei einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht oder einer Aufnahme in Rehabilitations-/Vorsorgeeinrichtungen für bis zu acht anstatt bis zu vier Wochen weitergezahlt wird. Damit werden die Fristen im Sinne der Entbürokratisierung durchgängig auf acht Wochen vereinheitlicht.



Gut zu wissen

Auch die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach den §§ 44 und 44a werden in den beschriebenen Fällen für bis zu acht Wochen weitergezahlt. Dazu zählen unter bestimmten Voraussetzungen die Übernahme von Rentenversicherungsbeiträgen nach dem Sechsten Buch, Beitragszahlungen zum Erwerb von Ansprüchen auf Arbeitsförderung aus dem Dritten Buch sowie der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Siebten Buch durch die Pflegekasse.

Die Leistungen gelten auch für Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr.

Abrechnung von Verhinderungspflege

Für Ersatzpflege nach § 39 SGB XI, die ab 2026 erbracht und bezahlt wird, gilt eine neue Abrechnungsfrist. So kann diese Leistung nur noch für das laufende und das unmittelbar vorherige Kalenderjahr abgerechnet werden. Damit erlischt die für die Erstattung der Ersatzpflege bisher geltende vierjährige Verjährungspflicht nach § 45 SGB I.

Beispiel: Wenn für das Jahr 2026 Ersatzpflege in Anspruch genommen wird, muss der Antrag auf Kostenerstattung bis spätestens zum 31.12.2027 bei der Pflegekasse eingereicht werden. Wird diese Frist versäumt, erlischt der Anspruch unwiderruflich.

Digitale Pflegeanwendungen – DiPA

Seit 2023 gibt es nach § 40 a und b SGB XI einen Leistungsanspruch beim Einsatz Digitaler Pflegeanwendungen (DiPA). Digitale Pflegeanwendungen sind digitale Technologien, die „[...] Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken [sollen] [und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegediensten genutzt werden] [...]“ (§ 40a Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

Da die Anerkennung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sehr anspruchsvoll ist und Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, Datenschutz und -sicherheit sowie der pflegerische Nutzen nachgewiesen werden müssen, sind in der Praxis bisher noch keine Produkte verfügbar.



Ab dem 01.07.2026 gilt, dass sich die Digitalen Pflegeanwendungen nun auch explizit auf die Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden richten können. Nach der bislang geltenden Regelung waren sie ausschließlich für deren Unterstützung bei pflegerischen Aufgaben in Anlehnung an die Module nach § 14 Absatz 2 SGB XI oder bei der Haushaltsführung vorgesehen. Diese Engfassung wird nun aufgehoben.

Das Budget, das die Pflegekasse bei Bewilligung der Versorgung mit einer oder mehreren Digitalen Pflegeanwendung(en) zur Verfügung stellt, beträgt nun bis zu 40 Euro monatlich für die digitale Anwendung und bis zu 30 Euro zusätzlich für Unterstützungsleistungen seitens eines ambulanten Pflegedienstes zur Einrichtung der Anwendung, Anleitung und Begleitung bei der Nutzung. Damit wurde der Gesamtbetrag erhöht und ausdifferenziert. Werden mehrere Digitale Pflegeanwendungen bewilligt, besteht der Anspruch nur ein- und nicht mehrmalig.

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Auch im § 44a SGB XI gibt es zwei Neuregelungen:

Bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Absatz 2 Pflegezeitgesetz wird zur Zahlung des Pflegeunterstützungsgelds eine Bescheinigung bezüglich der akut aufgetretenen Pflegesituation benötigt. Diese musste bisher von einer Ärztin bzw. einem Arzt ausgestellt werden. Diese Bescheinigung darf nun auch von einer Pflegefachperson unterschrieben werden.

Wenn für die Pflege eines nahen Angehörigen eine vollständige Freistellung von der Arbeit nach § 3 Pflegezeitgesetz beantragt oder die Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, können Beitragszahlungen zur Kranken- und Pflegeversicherung anfallen, die der:die Arbeitnehmer:in allein zu tragen hat. In solchen Fällen kann bei der Pflegekasse ein Zuschuss zu diesen Beiträgen beantragt werden, sofern keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist. Die neue Regelung besagt, dass dieser Zuschuss bis zum Ende der Pflegezeit gewährt wird, auch wenn die pflegebedürftige Person während der Pflegezeit verstirbt. Diese endet vier Wochen nach Todesfall, außer es besteht mit dem Arbeitgeber eine Einigung über ein früheres Ende.

Weitere Änderungen

- **Regelungen zur Zahlung bei Fristüberschreitung (§ 18c Abs. 5 Satz 1 SGB XI):** Weiterhin gilt, dass die Pflegekasse innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang eines Antrags durch den Versicherten einen schriftlichen Bescheid zu erteilen hat. Neu ist, dass die Pflegekasse spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro und danach für jede weitere begonnene Woche der Fristüberschreitung unver-



zätzlich 70 Euro an die antragstellende Person auszahlen muss, sofern die Pflegekasse die Verzögerung zu verantworten hat. Diese Regelung gilt auch für die verkürzten Begutachtungsfristen, die in § 18a Absatz 5 und 6 geregelt sind. Ausgenommen von dem Anspruch auf Zahlung sind Fälle, in denen der:die Antragsteller:in bereits in vollstationärer Pflege versorgt wird und mindestens Pflegegrad 2 hat.

- **Elektronische Mitteilung bei eilbedürftigen Pflegeanträgen:** Nach § 18a Absatz 5 ist eine Begutachtung spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der:die Antragsteller:in im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Die Mitteilung soll nun unverzüglich in gesicherter elektronischer Form an die behandelnden Institutionen geschickt werden, um den Postweg einzusparen und das Verfahren zu beschleunigen. Die Datenschutzkonformität wird durch die zwingende Formvorgabe berücksichtigt.
- **Neue Versorgungsform „stambulant“ (§ 45 h SGB XI):** Pflegebedürftige in „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c SGB XI“ erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat, den sie zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege neben anderen Leistungen einsetzen können.



Das für Sie zuständige Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz NRW finden Sie unter:

www.alter-pflege-demenz-nrw.de/regionalbueros/

Hilfreicher Link:

Bundesgesetzblatt Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege



Impressum

Herausgeber:

Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz - *Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW*

im Kuratorium Deutsche Altershilfe KDA gGmbH, Regionalbüro Köln Hohenzollernring 57, 50672 Köln

Tel. 030/221 82 98 -27

E-Mail: info@rb-apd.de

Website: www.alter-pflege-demenz-nrw.de

Instagram: [@alterpflegedemenz](https://www.instagram.com/alterpflegedemenz)

YouTube: www.youtube.com/@alterpflegedemenznrw

© 2026

Verantwortlich für die Inhalte:

Kompetenzgruppe Pflegeberatung

Weitere Informationen zur Kompetenzgruppe und deren Ansprechpartner:innen finden Sie unter:

<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/akteure/themen/pflegeberatung>

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

