

Änderungsanträge

der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BT-Drs. 21/1511)

ÄA	Art.	Gesetz	Stichwort	Beschreibung	S.
1	Art. 1 Nr. 9a	§ 10a SGB XI	Gesetzliche Verankerung des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege	Wiederaufnahme der gesetzlichen Verankerung des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege, wie im Gesetzentwurf des rot-grünen Bundeskabinetts vom 18. Dezember 2024 vorgesehen. Denn die Mitsprache- und Beteiligungsrechte des Amtes sind wichtig, um die Belange pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden angemessen vertreten zu können.	3
2	Art. 1 Nr.18	§ 28 SGB XI	Streichung der Zuordnung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen zur medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen	Der Gesetzentwurf der Regierungskoalition aus Union und SPD sieht vor, die Leistungen nach § 15a SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen der medizinischen Behandlungspflege zuzuordnen. Das kann im Ergebnis bedeuten, dass Einrichtungen, die heilkundliche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V anbieten, teuer und damit weniger wettbewerbsfähig sind als solche, die dies nicht tun. Deshalb wird die Formulierung gestrichen.	6
3	Art. 1 Nr. 66	§ 114a SGB XI	Streichung der längeren Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen	Der Gesetzentwurf sieht vor, die Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen von einem Tag auf zwei Arbeitstage anzuheben. Darin ist kein Beitrag zur Entbürokratisierung erkennbar, jedoch eine Abschwächung dieses Instruments zur Sicherung guter Pflegequalität. Insofern wird diese Regelung gestrichen.	8
4	Art. 3 Nr. 2	§ 15a SGB V	Heilkunde-übertragung an Pflegefachpersonen	Für eine effektivere Heilundeübertragung an Pflegefachpersonen werden: - Die Bezeichnung „Leistungen der ärztlichen Behandlung“ von Pflegefachpersonen durch „heilkundliche Leistungen“ ersetzt; - Streichung der ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung als Voraussetzung für die eigenverantwortlichen Leistungen von Pflegefachpersonen nach § 15a Abs. 1 Nr. 1; - Die Anforderung einer ärztlichen Verordnung für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen gestrichen (Erst-Verordnung von häuslicher Krankenpflege).	9
5	Art. 3 Nr. 2a	§ 15b neu SGB V	Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen	Mit der Einführung eines neuen § 15b SGB V wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, die Pflegefachpersonen mit besonderer notfall- oder akutmedizinischer Qualifikation sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern mit entsprechender Qualifikation eine eigenverantwortliche Heilkundeausübung in klar definierten Notfallsituationen ermöglicht. Das stellt einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit, zur Entlastung ärztlicher Ressourcen und zur Weiterentwicklung einer modernen und effizienten Notfallversorgung dar.	11
6	Art. 3 Nr. 4a	§ 27 SGB V	Leistungsrechtliche Verankerung von Behandlungen durch Pflegefachpersonen	Durch die Ergänzung von Behandlungen durch Pflegefachpersonen in § 27 entsteht ein Anspruch der Versicherten auf diese Behandlungen, egal ob sie häuslich gepflegt oder in der stationären Pflege	13

				versorgt werden. Das ist ein unerlässlicher Schritt zur Etablierung der neuen Leistungen in der Praxis.	
7	Art. 3 Nr. 4b	§ 28 SGB V	Abgrenzung von der ärztlichen Behandlung	Eine Ergänzung in § 28 stellt klar, dass die Pflegeprozessverantwortung entsprechen § 15a Abs. 2 den Pflegefachpersonen obliegt und in diesem Sinne abzugrenzen ist von Leistungen, die auf Anordnung unter der Verantwortung von Ärzten stattfinden.	14
8	Art. 3 Nr. 17	§ 81 SGB V	Regelungen zum Kassenärztlichen Notdienst	Für Ärztinnen und Ärzte, die nicht Teil des vertragsärztlichen Systems sind (sogenannte Poolärzte), ist für eine Tätigkeit im Notdienst durch die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Struktur zu schaffen, die eine angestellte, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit vorsieht.	15
9	Art. 3 Nr. 18a	§ 92 SGB V	Stärkungen der Organisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss	Es wird den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss eingeräumt. Dies ist notwendig, um die Interessensvertretung der Pflege in der Selbstverwaltung zu stärken.	16
10	Art. 3 Nr. 34	§ 340 SGB V	Authentifizierung von Pflegepersonal	Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass alle beschäftigten Personen über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen verfügen.	18
11	Art. 3 Nr. 41a, Art. 15	§§ 362 SGB V	Verarbeitung/Beantragung Krankenversichertennummern durch private Krankenversicherungsunternehmen	Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden verpflichtet, die KVNR für alle ihre Mitglieder zu vergeben. Dies ist notwendig, damit PKV-Versicherte ebenfalls von den TI-Anwendungen profitieren (E-Rezept, ePA etc.) können.	19

Änderungsanträge

**der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**

**Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
(BT-Drs. 21/1511)**

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 neue Nummer 9a (§ 10a SGB XI)

(Gesetzliche Verankerung des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege)

Nach Artikel 1 Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

, 9a. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a

Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Pflege. Der oder dem Beauftragten für Pflege ist für die Erfüllung ihrer oder seiner Aufgabe die notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. Das Amt endet, außer im Fall der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.

(2) Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden im Pflege- und Gesundheitssystem wahrgenommen und beachtet werden. Die oder der Beauftragte für Pflege setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass die Selbstbestimmung der Menschen mit Pflegebedarf gewahrt wird, die Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert wird und unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse beachtet und in allen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden. Die oder der Beauftragte für Pflege wirkt auf eine frühzeitige und umfassende Beteiligung von Menschen mit Pflegebedarf, ihren pflegenden An- und Zugehörigen und beruflich Pflegenden in Fragen der Pflege, insbesondere in Fragen der pflegerischen Versorgung sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung, hin.

(3) Zur Verbesserung der Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden wird durch die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege ein Beirat eingerichtet.

(4) Zur Wahrnehmung der Aufgabe nach Absatz 2 beteiligen die Bundesministerien die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Pflege behandeln oder berühren. Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des

Bundes unterstützen die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege bei der Erfüllung der Aufgabe.“

Begründung:

Zu § 10a (Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege)

Im Entwurf für ein Pflegekompetenzgesetz, der am 18. Dezember 2024 vom damaligen rot-grünen Bundeskabinett beschlossen wurde, war die gesetzliche Verankerung des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege vorgesehen. Die aktuelle Regierung aus Union und SPD hat diese Regelung aus ihren Entwürfen für das vorliegende Gesetz gestrichen. Diese Änderung ist nicht nachvollziehbar und zum Nachteil für die Pflege in Deutschland. Denn die garantierten Mitsprache- und Beteiligungsrechte des Amtes sind wichtig, um die Belange pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden angemessen vertreten zu können. Auch der einzurichtende Beirat wäre ein wichtiges Beteiligungsgremium gewesen. Die entsprechenden Regelungen sind deshalb gemäß diesem Änderungsantrag wieder in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

Zu Absatz 1

Auf Bundesebene wird den Belangen der Menschen mit Pflegebedarf sowie der beruflich Pflegenden bereits seit 2014 durch die Ernennung einer oder eines Pflegebevollmächtigten mit dem in der Regelung enthaltenen Aufgaben- und Kompetenzspektrum durch Kabinettsbeschluss der Bundesregierung Rechnung getragen. Das Amt hat sich in dieser Form bewährt. Die Stärkung der Pflege und die Berücksichtigung ihrer Belange bei allen Vorhaben hat sich als eine Aufgabe erwiesen, die u.a. aufgrund der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung und der Zunahme multimorbider Erkrankungen dauerhaft zu erfüllen ist. Die Bestellung einer oder eines Beauftragten für Pflege wird deshalb mit der Regelung im Gesetz verankert und verstetigt. Durch die gesetzliche Verankerung der Aufgaben der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege entstehen dem Bundeshaushalt keine zusätzlichen Haushaltsausgaben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege. Der oder die Beauftragte für Pflege soll in unabhängiger Funktion auf die Beachtung der Belange der Menschen mit Pflegebedarf, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden in allen relevanten Bereichen hinwirken. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Der oder die Beauftragte für Pflege setzt sich für die Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung ein. Dies umfasst unter anderem die Unterstützung bei der Implementierung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgung.

Zu Absatz 3

Um den Interessen von pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen frühzeitig und fundiert Geltung im Rahmen politischer und gesellschaftlicher Gestaltung pflegerelevanter Entwicklungen verschaffen zu können, richtet der oder die Beauftragte für Pflege einen Beirat ein. Damit werden die Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen konstruktiv Rechnung getragen.

Zu Absatz 4

Die Befugnisse der oder des Beauftragten für Pflege werden weitgehend analog den Vorschriften über die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen in den §§ 17 und 18 Behindertengleichstellungsgesetz sowie über die Beauftragte oder den Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten in § 140h Sozialgesetzbuch Fünftes Buch geregelt. Die Anliegen von pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen sowie der beruflich Pflegenden lassen sich nicht auf den Wirkungsbereich eines oder mehrerer Ministerien beschränken, sie spiegeln sich in vielen Politikbereichen wider. Deshalb regelt Absatz 4 in Anlehnung an § 21 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) die Zusammenarbeit zwischen den Bundesministerien, den übrigen Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes auf der einen und der oder dem Beauftragten auf der anderen Seite. Das Bundeskabinett kann darüber hinaus ergänzende Regelungen zu Aufgaben und Befugnissen in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) treffen. Absatz 4 enthält die Verpflichtung der Bundesministerien, die Beauftragte oder den Beauftragten zu beteiligen und schreibt allen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes vor, die Beauftragte oder den Beauftragten bei der Erfüllung der Aufgaben zu unterstützen.

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 28 SGB XI)

(Streichung der Zuordnung zur medizinischen Behandlungspflege von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen)

Artikel 1 Nummer 18 wird wie folgt geändert:

Buchstabe c wird durch folgenden Buchstaben c ersetzt:

c) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„ (5) Pflege nach diesem Buch schließt die Erbringung der in § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen durch die in § 15a Absatz 1 genannten Pflegefachpersonen ein, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden. Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“

Begründung:

In Absatz 5 wird geregelt, dass Pflege nach dem Elften Buch auch die Erbringung von Leistungen nach § 15a Absatz 1 des Fünften Buches umfasst. Damit können Pflegefachpersonen, die bei Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch angestellt sind, heilkundliche Aufgaben und dem Umfang, wie sie in dem Katalog nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches vereinbart sind, als Teil der Pflegesachleistungen nach einer vorherigen ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung, die hinreichend aktuell sein muss und in der Pflegedokumentation dokumentiert ist, auch in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen. Hierfür gelten die Voraussetzungen § 15a Absatz 1 des Fünften Buches entsprechend. In § 15a Absatz 1 des Fünften Buches genannte Leistungen durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, bleiben unberührt.

Durch die Regelung erhalten zum Beispiel Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 i. V. m. Satz 2 des Pflegeberufgesetzes auch in der Langzeitpflege mehr Befugnisse im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen bei einer diabetischen Stoffwechselerkrankung, chronischen Wunden oder Demenz. Soweit von ein ambulanter Pflegedienst Leistungen nach § 37 Absatz 2b Satz 1 zweiter Halbsatz des Fünften Buches erbringt, gehen diese Leistungen § 28 Absatz 5 vor. Die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die in Absatz 5 genannten Aufgaben bleibt unberührt.

Der Gesetzentwurf der Regierungskoalition aus Union und SPD sieht hingegen vor, die Leistungen nach § 15a SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen der medizinischen Behandlungspflege zuzuordnen. Für diese leistet die Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI pauschale Leistungsbeträge, sodass die Mehrkosten von den pflegebedürftigen Menschen zu tragen wären. Das kann im Ergebnis bedeuten, dass Einrichtungen, die heilkundliche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V anbieten, teuer und damit weniger wettbewerbsfähig sind als solche, die dies nicht tun. Dies wäre ein Hindernis für die Übernahme von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege und stünde somit dem Ansinnen des Gesetzes grundsätzlich entgegen. Deshalb ist die

Formulierung aus dem Gesetzentwurf zu streichen und stattdessen so zu wählen, wie in diesem Änderungsantrag formuliert.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 114a SGB XI)

(Streichung der längeren Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen)

Artikel 1 Nummer 66 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe a wird gestrichen.
- b) Die bisherigen Buchstaben b bis e werden zu den Buchstaben a bis d.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach § 114a SGB XI von einem Tag auf zwei Arbeitstage anzuheben. Dies kann künftig bedeuten, dass eine Prüfung an einem Dienstag schon an einem Freitag angekündigt werden muss, für einen Montag schon an einem Donnerstag. Begründet wird der Schritt u. a. mit Bemühungen zur Entbürokratisierung. Dies ist nicht ganz nachvollziehbar, da die Prüfungen an sich keinen größeren Aufwand zur Vorbereitung produzieren sollten, sondern es um eine Besichtigung des laufenden Betriebs geht. Eine solche Prüfung ist wichtig zur Sicherung einer guten Versorgungsqualität für pflegebedürftige Menschen. Ihr Schutz muss jederzeit im Vordergrund stehen. Vor diesem Hintergrund warnt der Bundesrat in seiner Stellungnahme davor, dass die vorgesehene, längere Ankündigungszeit ein erhebliches Zeitfenster eröffne, in dem eine gezielte Vorbereitung erfolgen könne, etwa durch besondere Herrichtung von Pflegebedürftigen, eine Anpassung der Dienstplangestaltung oder eine Bereinigung der Dokumentation (vgl. BR-Drs. 365/25(B), S. 10). Diese Möglichkeit nicht zu eröffnen ist keine fehlende Vertrauenskultur oder Wertschätzung gegenüber beruflich Pflegenden, wie es die Gesetzesbegründung suggeriert. Bei den Qualitätsprüfungen geht es vielmehr auch um Beratung und eine gemeinsame Sicherstellung von guten Rahmenbedingungen, an denen auch die beruflich Pflegenden ein Interesse haben.

Änderungsantrag Nr. 4

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB V)

(Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen)

Artikel 3 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

, 2. Nach § 15 wird der folgende § 15a eingefügt:

„§ 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden heilkundlichen Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:

1. die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,
2. die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und
3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten heilkundlichen Leistungen.

(2) Pflegefachpersonen nehmen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes wahr.

(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen.“

Begründung:

Die Behandlungen durch Pflegefachpersonen sollten als heilkundliche Leistungen definiert werden und nicht als solche der ärztlichen Behandlung, wie es im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Dies erscheint geboten, um die Eigenständigkeit des Pflegeberufs, auch in Anbetracht der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG, herauszustellen. Eine entsprechende Bezeichnung war auch im Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz der damaligen Ampel-Regierung vorgesehen.

Um die neuen Tätigkeitsfelder von Pflegefachpersonen nicht zu sehr einzuschränken, sollten eigenverantwortliche Behandlungen nicht nur nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung möglich sein, wie es der Gesetzentwurf vorsieht. Stattdessen sollte ein Katalog an Leistungen erarbeitet werden, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können. Insofern ist die Anforderung der ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung im Text zu streichen.

Nicht zuletzt sollten Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Kompetenzen eine Erstverordnung von Häuslicher Krankenpflege vornehmen können und dafür nicht auf eine vorherige Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte angewiesen sein. Deshalb ist auch diese Voraussetzung aus dem Regelungstext zu entfernen.

Änderungsantrag Nr. 5

Zu Artikel 3 neue Nummer 2a (§ 15b SGB V)

(Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen)

Nach Artikel 3 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

, 2a. Nach § 15a wird der folgende § 15b eingefügt:

„§ 15b

Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen

(1) Pflegefachpersonen, die über eine besondere notfall- oder akutmedizinische Qualifikation verfügen, sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit einer besonderen notfall- oder akutmedizinischen Qualifikation können heilkundliche Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch eigenverantwortlich erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen.

(2) Die erforderlichen fachlichen Kompetenzen liegen insbesondere dann vor, wenn sie

1. aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz oder dem Notfallsanitätergesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung,
2. aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder
3. aufgrund einer durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesenen, einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung

erworben wurden.

(3) Die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen nach Absatz 1 ist zulässig, wenn

1. bei einem Notfall- oder Akutpatientenzustand eine unmittelbare notfallpflegerische oder notfallsanitätsdienstliche Versorgung mindestens vorübergehend erforderlich ist und ohne diese eine unmittelbare und hinreichend wahrscheinliche Verschlechterung des Patientenzustandes angenommen oder nicht ausgeschlossen werden kann, und
2. andere geeignete Versorgungsformen nicht in angemessener Zeit zur Verfügung stehen oder einen unverhältnismäßig großen Aufwand oder zusätzliche Risiken für die Patientin oder den Patienten mit sich bringen würden.

(4) Die heilkundlichen Maßnahmen nach Absatz 1 umfassen auch solche, die über die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen hinausgehen, soweit und solange dies zur Abwendung einer hinreichend wahrscheinlichen akuten Gefahr für Leben oder einer erheblichen Einschränkung der Gesundheit erforderlich ist.

(5) Die Maßnahmen erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu Inhalt, Umfang und Anerkennung der in Absatz 2 genannten Qualifikationen sowie zu Verfahren der staatlichen Kompetenzfeststellung nach Absatz 2 Nummer 3 zu regeln.

(7) § 15b gilt ergänzend zu § 15a dieses Gesetzes und zu den Regelungen des Notfallsanitätergesetzes.“

Begründung:

Mit der Einführung eines neuen § 15b SGB V wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, die Pflegefachpersonen mit besonderer notfall- oder akutmedizinischer Qualifikation sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern mit entsprechender Qualifikation eine eigenverantwortliche Heilkundenausübung in klar definierten Notfallsituationen ermöglicht.

Diese Regelung ergänzt § 15a SGB V, der die Übertragung heilkundlicher Leistungen im Regelfall vorsieht, um eine spezifische Notfallregelung. Sie steht zudem im Einklang mit den in § 2a NotSanG vorgesehenen Kompetenzen, indem sie diese berufsrechtlichen Befugnisse leistungrechtlich im System der gesetzlichen Krankenversicherung absichert.

Die Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, dass in vielen akuten und notfallmedizinischen Versorgungslagen eine zeitnahe ärztliche Versorgung nicht in ausreichendem Maße gewährleistet werden kann. Insbesondere im Rettungsdienst, in ländlichen Regionen sowie in Einrichtungen, in denen akutmedizinische Situationen auftreten, muss deshalb sichergestellt sein, dass qualifiziertes Personal die notwendigen heilkundlichen Maßnahmen unverzüglich einleiten kann.

Die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen setzt den Nachweis besonderer Qualifikationen voraus, die durch Ausbildung, Weiterbildung oder staatlich anerkannte Kompetenzfeststellung belegt sind. Dadurch wird die Patientensicherheit gewährleistet und zugleich der rechtliche Rahmen für bestehende und künftig zu etablierende notfall-pflegerische und notfallsanitätsdienstliche Konzepte geschaffen.

Mit der Möglichkeit, in Notfallsituationen auch über die bestehenden Leistungskataloge hinauszugehen, wird dem besonderen Versorgungsbedarf in akutmedizinischen Lagen Rechnung getragen. Die Regelung beschränkt sich ausdrücklich auf zeitlich und situativ begrenzte Notfälle und greift nur dann, wenn keine rechtzeitige oder angemessene anderweitige Versorgung zur Verfügung steht.

Die Erweiterung heilkundlicher Kompetenzen für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen und Notfallsanitäterinnen sowie Notfallsanitäter stellt damit einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit, zur Entlastung ärztlicher Ressourcen und zur Weiterentwicklung einer modernen und effizienten Notfallversorgung dar.

Änderungsantrag Nr. 6

Zu Artikel 3 neue Nummer 4a (§ 27 SGB V)

(Leistungsrechtliche Verankerung von Behandlungen durch Pflegefachpersonen)

Nach Artikel 3 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

, 4a. § 27 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird der Satz eingefügt: „Die Krankenbehandlung muss auch die Behandlung durch Pflegefachpersonen als eigenverantwortliche Heilkundenausübung umfassen.“
- b) In Satz 2 wird nach Nummer 6 die folgende Nummer 7 eingefügt:
„7. Behandlungen durch Pflegefachpersonen.“

Begründung:

Die Ergänzung der Behandlungen durch Pflegefachpersonen in § 27 SGB V ist wichtig, um sie leistungsrechtlich zu verankern. So entsteht ein Anspruch der Versicherten auf diese Behandlungen, egal ob sie häuslich gepflegt oder in der stationären Pflege versorgt werden. Das ist ein unerlässlicher Schritt zur Etablierung der neuen Leistungen in der Praxis. Entsprechend ist im Leistungserbringerrecht auch ein neuer § 133 einzufügen.

Änderungsantrag Nr. 7

Zu Artikel 3 neue Nummer 4b (§ 28 SGB V)

(Abgrenzung von der ärztlichen Behandlung)

Nach Artikel 3 Nummer 4a wird folgende Nummer 4b eingefügt:

, 4b. § 28 Absatz 1 Satz 2 wird durch folgenden Satz 2 ersetzt:

„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; § 15a Absatz 2 bleibt unberührt.“

Begründung:

Die Ergänzung stellt klar, dass die Pflegeprozessverantwortung entsprechend § 15a Absatz 2 den Pflegefachpersonen obliegt und in diesem Sinne abzugrenzen ist von Leistungen, die auf Anordnung und unter der Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Dies ist erforderlich, um das Verhältnis zwischen beiden Bereichen zu regeln und die eigenverantwortliche Leistung durch Pflegefachpersonen in der Praxis abzusichern.

Änderungsantrag Nr. 8

Zu Artikel 3 Nummer 17 (§ 81 SGB V)

(Regelungen zum Kassenärztlichen Notdienst)

Artikel 3 Nummer 17 wird durch folgende Nummer 17 ersetzt:

, 17. Nach § 81 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten, die eine angestellte Tätigkeit für Ärzte vorsehen, die nicht Teil des vertragsärztlichen Systems sind. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“

Begründung:

Die Tätigkeit von Vertragsärzten im Rahmen des Notdienstes wird durch die Änderung in § 95 SGB V als selbstständig eingestuft. Für Ärztinnen und Ärzte, die nicht Teil des vertragsärztlichen Systems sind (sogenannte Poolärzte), ist für eine Tätigkeit im Notdienst durch die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Struktur zu schaffen, die eine angestellte, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit vorsieht. So wird sichergestellt, dass die Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit im Notdienst arbeitsrechtlich abgesichert sind, arbeitsrechtliche Vorschriften eingehalten werden und die für die Tätigkeit im Notdienst notwendige Ausstattung durch die Kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung gestellt wird. Die dadurch im Vergleich zu einer selbstständigen Tätigkeit für die Ärztinnen und Ärzte sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen anfallenden finanziellen Mehraufwände im Rahmen der Beiträge zur Sozialversicherung sind marginal.

Änderungsantrag Nr. 9

Zu Artikel 3 neue Nummer 18a (§ 92 SGB V)

(Stärkung der Organisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss)

Nach Artikel 3 Nummer 18 wird folgende Nummer 18a eingefügt:

, 18a. In § 92 SGB V wird nach Absatz 7g wird folgender Absatz 7h eingefügt:

„(7h) Bei den Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, den Richtlinien nach Nummer 13 und 14, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136b und 136c erhalten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Gleiches gilt bei den nicht in Satz 1 genannten Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe benennen zur Wahrnehmung des nach den Sätzen 1 und 2 bestehenden Antrags- und Mitberatungsrechts einvernehmlich einen oder zwei Vertreter. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertreter erhalten Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

Begründung:

Mit dem neuen Absatz 7h wird den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Damit wird das bislang bestehende allgemeine Beteiligungsrecht bei Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung (vgl. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 3, § 136a Absatz 5 Satz 5, § 136b Absatz 1 Satz 3) dahingehend erweitert, dass der Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den Gremien des G-BA Antrags- und Mitberatungsrechte zustehen. Dies umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmenserfordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Ferner wird das Antrags- und Mitberatungsrecht auch über den Bereich der Qualitätssicherung hinaus auf weitere Aufgabenbereiche des G-BA ausgedehnt, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen. Das Antrags- und Mitberatungsrecht besteht danach generell auch bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14, bei denen die Berufsausübung der Pflegeberufe regelmäßig betroffen ist. Die Berufsausübung der Pflegeberufe kann darüber hinaus auch in weiteren Bereichen der veranlassten Leistungen berührt sein. Dies kann auch bei der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie der Fall sein. Der G-BA kann insoweit im Rahmen seiner Verfahrensordnung näher konkretisieren, welche

weiteren Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 die Berufsausübung der Pflegeberufe generell berühren und für welche dies gegebenenfalls nur bei bestimmten Beschlussgegenständen gilt.

Zum Zwecke der Ausübung des Mitberatungs- und Antragsrechts benennen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe einvernehmlich einen oder zwei Vertreter oder Vertreterinnen. Das bisherige Beteiligungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im G-BA wurde in erster Linie vom Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) wahrgenommen.

Um sicherzustellen, dass die unmittelbare Einbeziehung der Expertise der Pflege in die Beratungen des G-BA tatsächlich erfolgen kann, kann die Person beziehungsweise können die Personen, die die Vertretung in den Sitzungen der Gremien des G-BA übernimmt beziehungsweise übernehmen, Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzes, Ersatz des Verdienstausfalls sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung erhalten. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an die entsprechenden Vorgaben für die Patientenvertretung.

Diese Regelungen fehlen bislang im vorliegenden Gesetzentwurf, obwohl dies eine Befugniserweiterung der Pflegefachpersonen zum Ziel hat, und sind deshalb entsprechend dieses Änderungsantrages aufzunehmen.

Änderungsantrag Nr. 10

Zu Artikel 3 Nummer 34 (§ 340a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

(Authentifizierung von Pflegepersonal)

Artikel 3 Nummer 34 wird durch folgende Nummer 34 ersetzt:

, 34. Nach § 340 wird der folgende § 340a eingefügt:

„§ 340a

Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

(1) Eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen darf von demjenigen, an den sie ausgegeben wurde, weder entgeltlich noch unentgeltlich unbefugt weitergegeben werden. Bei Aufgabe der Leistungserbringerinstitution hat derjenige, an den eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben wurde, oder dessen Nachfolger deren Sperrung unverzüglich zu veranlassen.

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass **alle beschäftigten Personen** über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 **verfügen**.“

Begründung

Die verpflichtende Nutzung eines gültigen elektronischen Heilberufsausweises oder einer digitalen Identität für das Gesundheitswesen durch alle in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen, die in die medizinische und pflegerische Versorgung von Patienten einbezogen sind, ist von zentraler Bedeutung für die Sicherheit und Integrität der Versorgung. Nur so können sensible Patientendaten, insbesondere beim Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA), vor unbefugtem Zugriff geschützt werden. Gleichzeitig wird eine eindeutige Authentifizierung jeder handelnden Person gewährleistet, was Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungen stärkt. Die digitale Identifizierung dient damit sowohl dem Schutz der Patientinnen und Patienten als auch der rechtlichen Absicherung der Beschäftigten, da Dokumentationen, Anordnungen und Zugriffe eindeutig zugeordnet werden können. Insgesamt erhöht die Regelung die Datensicherheit, stärkt das Vertrauen in digitale Prozesse im Gesundheitswesen und trägt zu einer verbesserten Qualität der Versorgung bei.

Änderungsantrag Nr. 11

Zu Artikel 3 Nummer 41a neu (§ 362 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 15 – neu (§ 192 Versicherungsvertragsgesetz)

(Verarbeitung/Beantragung Krankenversichertennummer durch private Krankenversicherungsunternehmen)

1. Nach Artikel 3 Nummer 41 wird folgende Nummer 41a eingefügt:

„28a. In § 362 Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7“ die Wörter „und Absatz 3“ eingefügt.“ ‘

2. Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 15 eingefügt:

„Artikel 15 Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Das Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 32 des Gesetzes vom 11. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 354) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 192 Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) In den Fällen einer Krankheitskostenversicherung nach § 193 Absatz 3 ist der Versicherer verpflichtet, für die versicherte Person die Vergabe des unveränderbaren Teils der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Versicherungsbeginn zu beantragen. § 290 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 4 sowie § 362 Absatz 2 Satz 2 und 3 und Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Abweichend von Satz 1 hat der Versicherer die Verpflichtung nach Satz 1 für die bei ihm am [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 14] versicherten Personen spätestens bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Monats] zu erfüllen.“

Begründung

Zu Nummer 1

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die von den Kostenträgern nach § 362 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vergebenen Krankenversichertennummern im Verzeichnis der Krankenversichertennummern nach § 290 Absatz 3 SGB V zu führen sind. Der Datenabgleich, um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, erfolgt innerhalb des von der Vertrauensstelle nach § 362 Absatz 2 SGB V geführten Registers.

Zu Nummer 2

Die Änderung stellt klar, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen unmittelbar zur Vergabe der Krankenversichertennummer an ihre Versicherten verpflichtet sind. Die Krankenversichertennummer ist für sämtliche Versicherte zu vergeben.

Der Versicherer wendet sich dazu mit den erforderlichen Angaben an die Vertrauensstelle nach § 290 SGB V. Diese vergibt die Versichertennummer entsprechend den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Absatz 2 Satz 1 SGB V (§ 362 Absatz 2 Satz 3 SGB V).

Mit Satz 3 wird ein verbindliches Datum festgelegt, bis zu dem die Beantragung der Vergabe der Krankenversichertennummer an die Bestandsversicherten abgeschlossen sein muss.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der Versicherten erfolgt auf der Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 Buchstabe c und des Artikels 9 Absatz 2 Buchstaben b und i Datenschutz-Grundverordnung zur Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht der Krankenversicherungsträger und aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Durch die Vergabe der KVNR wird ein hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandard bei Medizinprodukten durch Teilnahme an Registern oder durch Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) zur Bereitstellung digitaler Angebote im Gesundheitswesen, insbesondere der Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 SGB V, gewährleistet. Auf die Einwilligung der betroffenen Personen zur Vergabe der KVNR kommt es insoweit nicht an.

Die Krankenversichertennummer kann gemäß § 362 Absatz 2 Satz 1 SGB V von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen umfassend für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten zur Verarbeitung von Daten in Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 SGB V genutzt werden.