

26.09.25

Stellungnahme des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Der Bundesrat hat in seiner 1057. Sitzung am 26. September 2025 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a (§ 11 Absatz 1 Satz 3 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a § 11 Absatz 1 ist in Satz 3 nach der Angabe „§ 1“ die Angabe „ , § 58 oder § 64a“ einzufügen.

Begründung:

Die Legaldefinition zur Pflegefachperson ist zu erweitern. In § 11 Absatz 1 Satz 2 SGB XI-E wird auf die Erlaubnis nach § 1 PflBG verwiesen. Von dieser Verweisung werden die nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) möglichen speziellen neuen Abschlüsse gemäß § 58 PflBG nicht erfasst. Mit der Erweiterung dürfen nach dem PflBG ausgebildete Altenpflegerinnen, Altenpfleger und Altenpflegefachpersonen beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachpersonen ebenso pflegerischen Leistungen nach SGB XI erbringen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 17 Buchstabe b (§ 18e Absatz 6 SGB XI)

Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob ein möglicher Interessenkonflikt gesehen wird, der durch eine Begutachtung durch bei Leistungserbringern nach SGB XI beschäftigte Pflegefachkräfte ent-

stehen könnte und ob in diesem Zusammenhang das beabsichtigte Modellprojekt zum gewünschten Ziel führen kann.

Begründung:

Der Gesetzesentwurf sieht an der vorbezeichneten Stelle vor, dass der Medizinische Dienst (MD) in einem Modellvorhaben prüfen soll, inwieweit, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach dem SGB V oder SGB XI tätig sind, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen nach § 18 SGB XI mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18, 18a, 18b und 142a SGB XI beauftragt werden können. Pflegefachpersonen sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 PflBG verfügen.

Eine Begutachtung zur Feststellung des Pflegebedarfs nach den §§ 18 ff. SGB XI durch bei Leistungserbringern nach SGB XI beschäftigte Pflegefachkräfte (Pflegefachpersonen) wird kritisch gesehen. Es ist ein Interessenkonflikt ersichtlich. Die Leistungserbringer als Arbeitgeber der Pflegefachkräfte könnten aus wirtschaftlichen Gründen an höheren Pflegegraden, auch wegen der Auswirkungen auf den refinanzierten Personalschlüssel, interessiert sein. Daher könnte eine möglichst objektive Beurteilung durch angestellte Pflegefachkräften beeinträchtigt sein.

Ein Modellvorhaben der vorgeschlagenen Art ist daher zu überdenken. § 18e Absatz 6 SGB XI in der aktuellen Fassung hat sich durch Zeitablauf überholt.

3. Zu Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe c (§ 28 Absatz 5 SGB XI)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie eine vollumfängliche Wahrnehmung der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung erreicht und bürokratiearm umgesetzt werden kann.

Begründung:

Während ein ambulant versorgter Pflegebedürftiger die medizinische Behandlungspflege als Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhält, sind die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für vollstationär Versorgte im gedeckelten Sachleistungsbetrag der Pflegeversicherung enthalten. Aufgrund des Teilleistungsprinzips der Pflegeversicherung führt dies zunehmend zu ungleichen Rahmenbedingungen zwischen der ambulanten und der vollstationären Versorgung in der Langzeitpflege, da die Differenz des durch die Pflegekasse getragenen begrenzten Leistungsbudgets zu den tatsächlichen Kosten der stationären Einrichtung durch die Pflegebedürftigen beziehungsweise Sozialhilfeträger getragen werden muss.

Die im Gesetzentwurf in § 28 Absatz 5 SGB XI-E vorgesehene Zuordnung von Leistungen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 SGB V, die durch Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Beschäftigung in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, zu den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach SGB XI bewirkt, dass weitere, in der originären Verantwortung der GKV liegende Aufgaben nunmehr den Pflegeleistungen zugewiesen und letztlich durch die Pflegebedürftigen als Eigenanteil beziehungsweise durch die Sozialhilfeträger mitfinanziert werden müssen.

Die GKV beteiligt sich derzeit gemäß § 37 Absatz 2a SGB V an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Diese Summe liegt aber weit unter den Kosten, die nach einer Studie des Verbands katholischer Altenhilfe Deutschland (VKAD) aus dem Jahr 2017 auf rund 2,6 Milliarden Euro geschätzt wurden. Zudem entlastet die Zahlung an den Ausgleichsfonds zwar die Pflegeversicherung, jedoch nicht die Pflegebedürftigen. Daher sind weitere Schritte zu prüfen, um die Ungleichbehandlung zwischen ambulant und vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu beseitigen und eine systemgerechte Kostentragung zu erreichen.

4. Artikel 1 Nummer 23a – neu – (§ 39 Absatz 1 Satz 4 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 23 die folgende Nummer 23a einzufügen:

„23a. Nach § 39 Absatz 1 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Abweichend von § 45 Absatz 1 des Ersten Buches verjährt der Anspruch nach Satz 1 in einem Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem er entstanden ist.““

Begründung:

Die Leistung der Verhinderungspflege ist ein wichtiges Instrument, um häusliche Pflege auch im Fall des vorübergehenden Ausfalls der Pflegeperson(en) sicherzustellen. Die Intention des Gesetzgebers, durch den Verzicht auf ein gesondertes Antragsverfahren einen möglichst unbürokratischen Zugang zu gewährleisten, ist richtig und entspricht der Lebenswirklichkeit der oftmals mehrfach belasteten Menschen und ihrer An- und Zugehörigen und des gegebenenfalls plötzlichen und unvorhersehbaren Eintritts eines Bedarfs an Verhinderungspflege.

Allerdings ist es nicht erforderlich, dass auch für diesen Anspruch die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist gilt, sodass Verhinderungspflege noch für vier Jahre im Nachgang geltend gemacht werden kann. Das eröffnet unnötige Missbrauchsmöglichkeiten, insbesondere auch bei der Abrechnung von stundenweiser Verhinderungspflege durch privat organisierte Ersatzpflegeper-

sonen. Mit der Einführung des gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a SGB XI verstärkt sich dieser Anreiz, weil sich die Leistungsansprüche für vier Jahre auf mehr als 14 000 Euro summieren werden, die rückwirkend geltend gemacht werden können. Die Frist zur Verjährung der Ansprüche auf Verhinderungspflege sollte daher auf ein Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist, begrenzt werden.

5. Zu Artikel 1 Nummer 32a – neu – (§ 45a Absatz 3 Satz 1a – neu – SGB XI), Nummer 34 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 45c Absatz 7 Satz 6 – neu – SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 32 ist die folgende Nummer 32a einzufügen:

„32a. Nach § 45a Absatz 3 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Landesregierungen können die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Absatz durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.““

b) Nummer 34 Buchstabe c ist durch den folgenden Buchstaben c zu ersetzen:

„c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 <...weiter wie Vorlage...>

bb) Nach Satz 5 ist der folgende Satz einzufügen:

„Die Landesregierungen können die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Absatz durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.““

Begründung:

Zur Ermöglichung einer schnelleren und einfacheren Anpassung der Landesrechtsverordnungen nach den §§ 45a und 45c SGB XI soll eine Subdelegationsbefugnis der Landesregierungen auf oberste Landesbehörden eingeführt werden.

6. Zu Artikel 1 Nummer 40 (§ 69 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 40 § 69 Absatz 2 Satz 1 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen insbesondere Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation nach § 12 Absatz 2, sofern vorhanden aus den Empfehlungen der im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanungen sowie Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen.“

Folgeänderungen:

- a) Artikel 1 Nummer 7 ist zu streichen.
- b) Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe a ist zu streichen.

Begründung:

Für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in den jeweiligen Regionen ist eine Verzahnung der Erkenntnisse aus der kommunalen Pflegebedarfsplanung, sofern sie vorhanden ist, mit den Erkenntnissen der Pflegekassen zwingend. Insbesondere, falls in einer Region eine strukturelle Unterversorgung vorliegt, müssen Pflegekassen und die anderen an der Versorgung beteiligten Akteure zusammenwirken. Es erschließt sich jedoch nicht, vor Abschluss eines Versorgungsvertrags unter anderem die kommunale Pflegestrukturplanung (soweit vorhanden) zu berücksichtigen, wenn weiterhin grundsätzlich Kontrahierungszwang gilt. Hier droht nur eine Verzögerung des gesamten Verfahrens. Das gleiche gilt, sollten Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 5 SGB XI-E Berücksichtigung finden. Diese Ausschüsse sind je nach Bundesland sehr unterschiedlich aufgestellt, zum Teil würden sie alleine durch die Anforderung, einvernehmliche Empfehlungen zur Versorgungslage abzugeben, inhaltlich überfrachtet.

Hinzu kommt, dass die Landespflegeausschüsse nach § 8a Absatz 1 SGB XI Empfehlungen nur einvernehmlich abgeben können. Gerade vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Positionen der in diesen Ausschüssen vertretenen Akteure ist hinsichtlich geeinter Empfehlungen schlimmstenfalls mit Nichteinigung und bestenfalls mit sehr langwierigen und aufwändigen Beratungen zu rechnen.

7. Zu Artikel 1 Nummer 45a – neu – (§ 76 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 45 die folgende Nummer 45a einzufügen:

„45a. § 76 Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzen-

den; für den Vorsitzenden kann ein Stellvertreter bestellt werden.“

Begründung:

Gemäß § 76 Absatz 2 Satz 1 SGB XI besteht die Schiedsstelle unter anderem auch aus zwei unparteiischen Mitgliedern.

Die Suche nach Freiwilligen, die zudem auch noch als unparteiisch gelten, wird immer schwieriger. Durch die Streichung können die Besetzungsverfahren schneller erfolgen. Auswirkungen auf die Tätigkeit der Schiedsstelle sind nicht zu befürchten.

Auf die Folgeänderungen (insbesondere Streichung der Wörter „unparteiischen Mitglieder“) im betreffenden Absatz wird der Vollständigkeit halber hingewiesen.

8. Zu Artikel 1 Nummer 50 (§ 85 Absatz 4 Satz 4 – neu –, Absatz 5 Satz 1 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 50 ist durch die folgende Nummer 50 zu ersetzen:

„50. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 4 wird der folgende Satz eingefügt: „Die getroffene Einigung wird spätestens nach Ablauf von 2 Wochen wirksam.“
- b) In Absatz 5 Satz 1 wird nach der Angabe „schriftlich“ die Angabe „oder in Textform“ und nach der Angabe „auf Antrag einer Vertragspartei“ die Angabe „in Textform unter Beifügung eines Nichteinigungsprotokolls möglichst auf der Grundlage eines persönlichen Austauschs“ eingefügt.“

Begründung:

zu Buchstabe a:

Es wird über lange Unterschriftenverfahren in der Praxis berichtet, die zu Unsicherheiten bei den Leistungserbringern und zu Verzögerungen in der weiteren Umsetzung der Vergütungsvereinbarungen bei den Kostenträgern führen. Auch würde so ein Gleichklang mit der Widerspruchsfrist für den zuständigen Träger der Sozialhilfe nach § 85 Absatz 5 Satz 2 SGB XI hergestellt.

zu Buchstabe b:

Durch die Öffnung des Formerfordernisses der Schriftform hin insbesondere zur E-Mail dürfte lediglich eine verbreitete Praxis nachgezeichnet und sollte dies auch im Sinne einer Entbürokratisierung wo immer möglich in Erwägung

gezogen werden.

Mit der Ergänzung des Antrags um ein sogenanntes „Nichteinigungsprotokoll“ sollen sich die Beteiligten über die streitigen Punkte Klarheit verschaffen und mit Hilfe eines persönlichen Austauschs eventuell noch bestehendes Einigungspotential gehoben und mithin Verfahren effizienter und im besten Fall ganz vermieden werden.

9. Zu Artikel 1 Nummer 51 (§ 86a Absatz 1 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 51 § 86a Absatz 1 Satz 2 ist die Angabe „umgehend eine“ durch die Angabe „unverzüglich eine bevollmächtigte Person als“ zu ersetzen.

Begründung:

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb diese sinnvolle Regelung einer Bevollmächtigung der zu benennenden verbindlichen Ansprechperson aus dem Referentenentwurf 2024 in den danach folgenden Gesetzentwürfen entfallen ist. Ein echter Mehrwert mit Blick auf Beschleunigung und Effizienz der Verhandlungsverfahren kann nur erreicht werden, wenn alle Beteiligten mit den erforderlichen Verhandlungs- und Abschlussvollmachten ausgestattet sind und in diesem Zusammenhang auch die von den Kostenträgern verbindlich zu benennenden zentralen Ansprechpersonen. Dies entspricht auch der Intention des § 85 Absatz 4 Satz 3 SGB XI, der eine Bevollmächtigung im Falle der Vertretung durch Dritte bei den Verhandlungen vorsieht und somit dann erst recht notwendig ist, wenn keine Vertretung vorliegt.

10. Zu Artikel 1 Nummer 51 (§ 86a SGB XI)

Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Verwendung eines unbestimmten Rechtsbegriffes ausreichend ist, um den beabsichtigen Zweck zu erzielen. Des Weiteren wird gebeten, zu prüfen, ob eine Gesamtschau mit dem SGB XII vorgenommen wurde und Vereinfachungen für die Schiedsstellen und Gerichte in Betracht gezogen wurden. Darüber hinaus bittet der Bundesrat darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob der vorgesehene Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in einem angemessenen Verhältnis zur Umsetzbarkeit in der Praxis steht.

Begründung:

Das Wort „rechtzeitig“ ist als unbestimmten Rechtsbegriff mit einer Mindestangabe genauer zu definieren, zum Beispiel „acht Wochen vor Laufzeiten-

de“. Damit hätten die Vertragsparteien eine realistische Chance, prospektive Abschlüsse tätigen zu können. In der Praxis zeigt sich, dass die Tarifabschlüsse meist erst kurz vor Ablauf der Laufzeit feststehen. Zudem wird das regional übliche Entgelt erst Ende Oktober veröffentlicht. Erst sobald zusätzlich auch das Herbstgutachten vorliegt und die Grundlohnsteigerung Ende September feststeht, können die Leistungsanbieter ihre Forderungen auf realistischer Basis erstellen und die Verhandlungen zu den zukünftigen Steigerungssätzen mit den Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) aufgenommen werden. Dieser Prozess dauert in der Regel einige Wochen. Daher erscheint eine Frist von etwa acht Wochen realistisch, um sicherzustellen, dass die Anträge vollständig sind und etwaiger Korrekturbedarf rechtzeitig berücksichtigt werden kann.

Um nur eine Person auf Kostenträgerseite als verbindliche Ansprechperson benennen zu können, die nach § 86a Absatz 1 Satz 3 SGB XI-E auch mit der Befugnis zur Unterzeichnung ausgestattet werden kann, bedarf es umfangreicher Absprachen und gegebenenfalls der Gründung von Arbeitsgemeinschaften zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern, für die es bislang keine Grundlagen im SGB XII gibt. Auch für Nachweisforderungen sollte ein konkreter Zeitraum benannt werden, zum Beispiel drei Wochen.

Die Streichung der Wörter „unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ in § 84 Absatz 2 SGB XI wäre eine enorme Vereinfachung für die Verhandlungen und die mit den Auswirkungen befassten Schiedsstellen und Gerichte.

Das Inkrafttreten der abgeschlossenen Empfehlung sollte einen zeitlichen Vorlauf von mindestens einem halben Jahr haben, um den Vertragsparteien die Möglichkeit zu geben, die dortigen neuen Regelungen in der Praxis einer Anwendung zuführen zu können oder den Landesrahmenvertrag zu ändern.

11. Zu Artikel 1 Nummer 55 (§ 92c SGB XI)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren klarzustellen, dass Komplexleistungsentgelte, die die Wahl- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen für die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes einschränken, insbesondere solche, die Leistungen nach § 36 Absatz 1 SGB XI in erheblichem Umfang umfassen, nicht nach § 89 SGB XI vereinbart werden dürfen, sondern ausschließlich als Basispaket nach § 92c SGB XI.

Begründung:

Mit Einführung des § 45g SGB XI-E in Kombination mit dem § 92 c SGB XI-E bestehen zukünftig zwei alternative Möglichkeiten, Wohngemeinschaftsfor-

men mit pflegerischer Versorgung zu etablieren, nämlich ambulant betreute Wohngruppen nach § 45f SGB XI-E und gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45g SGB XI-E.

Gleichzeitig werden mit dem neuen § 92c SGB XI-E die Grundlagen für die vertragliche Ausgestaltung von gemeinschaftlichen Wohnformen gelegt, die für die Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Basispaktes immer auch die Wahl- und Mitwirkungsmöglichkeiten für die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes absichern, was zu begrüßen ist.

Das neben § 92c Absatz 1 Satz 2 SGB XI-E anwendbare allgemeine Vertragsrecht für die ambulante Pflege gemäß § 89 SGB XI kann daher mit Blick auf ambulante betreute Wohnformen nach § 45f SGB XI-E nicht unverändert bestehen bleiben. Es lässt derzeit die Vereinbarung von Komplexleistungspaketen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45f SGB XI-E zu, die den Umfang des Basispaktes von § 92c Absatz 1 Nummer 1 SGB XI-E deutlich übersteigen bis hin zu einem Paket, das alle Leistungen nach § 36 Absatz 1 SGB XI umfasst. Dies führt zu einer massiven Beschränkung der Wahl- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen.

Die nach § 92c Absatz 5 SGB XI-E auf Bundesebene zu erarbeitenden Empfehlungen und die vertragliche Absicherung von Inhalt und Umfang des Basispaktes laufen diesbezüglich ins Leere, wenn im allgemeinen Vertragsrecht des § 89 SGB XI die Vereinbarung von Komplexleistungspaketen, die den Umfang des Basispaketes nach § 92c Absatz 1 Nummer 1 SGB XI-E erreichen oder überschreiten, nicht ausgeschlossen wird.

Beispielsweise für Berlin mit seinen mehr als 800 bestehenden Pflege-Wohngemeinschaften hat diese Regelung erhebliche Bedeutung.

12. Zu Artikel 1 Nummer 63 Buchstabe b (§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 63 Buchstabe b § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist die Angabe „soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche“ durch die Angabe „soziale oder hauswirtschaftliche“ zu ersetzen.

Begründung:

Eine Gleichsetzung von Hilfspersonal und landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr mit kaufmännischen oder betriebswirtschaftlichen Qualifikationen ist nicht sachgerecht.

13. Zu Artikel 1 Nummer 66 Buchstabe a (§ 114a Absatz 1 Satz 2 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 66 Buchstabe a ist zu streichen.

Begründung:

Die vorgeschlagene Änderung, Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen künftig grundsätzlich zwei Arbeitstage vorher anzukündigen, wird kritisch gesehen. Die in der Begründung des Gesetzesentwurfs angeführte geringe Gefahr von Manipulationen ist aus praktischer Sicht nicht nachvollziehbar. Bereits die bisherige Vorankündigung am Vortag hat die Möglichkeit eröffnet, kurzfristige Anpassungen vorzunehmen. Eine Ausweitung auf zwei Arbeitstage bedeutet faktisch, dass Einrichtungen – insbesondere bei Prüfungen an einem Dienstag – bereits am Freitag von dem bevorstehenden Termin wissen. Dies eröffnet ein erhebliches Zeitfenster, in dem eine gezielte Vorbereitung erfolgen kann, etwa durch besondere Herrichtung von Pflegebedürftigen, eine Anpassung der Dienstplangestaltung oder eine Bereinigung der Dokumentation. Dadurch wird der Prüfungszweck, ein realistisches Bild des Versorgungsalltags zu erlangen, erheblich geschwächt. Die Argumentation, die Verlängerung der Ankündigungsfrist sei Ausdruck von „Vertrauenskultur und Wertschätzung gegenüber den beruflich Pflegenden“, überzeugt nicht. Prüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind gerade keine Vertrauensinstrumente, sondern ein gesetzlich vorgesehenes Kontrollverfahren, das dem Schutz der Pflegebedürftigen dient. Vertrauen und Kontrolle stehen hier nicht in einem Gegensatz, vielmehr ergänzen sie sich: Wer Prüfungen abmildert, riskiert, dass Defizite in der Versorgung unentdeckt bleiben. Auch die behauptete „Entbürokratisierung“ ist nicht nachvollziehbar. Prüfungen dienen nicht der Belastung von Einrichtungen, sondern der Qualitätssicherung. Wenn Einrichtungen Schwierigkeiten haben, innerhalb kurzer Zeit die erforderlichen Unterlagen und Ansprechpersonen bereitzustellen, weist dies auf Defizite in der internen Organisation hin. Eine Verlängerung der Ankündigungsfrist würde solche Strukturen eher zementieren als verbessern.

14. Artikel 1 Nummer 69 (§ 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 69 ist zu streichen.

Begründung:

In § 117 Absatz 1 SGB XI werden die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst (MD) und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. bei der Zulassung und Überprüfung der Pflegeeinrichtungen zur Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden verpflichtet. Diese Verpflichtung soll in § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB XI-E ausgeweitet werden auf eine Pflicht zur Abstimmung über die vollständige Übernahme der Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften durch den MD im

Auftrag der Heimaufsichtsbehörden und nach Maßgabe von dazu zwischen diesen getroffenen Vereinbarungen über Verfahrensweise und Kostentragung.

Durch die Verpflichtung, die Abstimmung mit dem Ziel einer Übernahme von heimrechtlichen Prüfungen durch den MD durchzuführen, wird gesetzlich vorweggenommen, dass diese Form der Kooperation sinnvoll und angemessen ist. Da ein solches Verfahren bereits unter Geltung der bisherigen Regelung zu einer arbeitsteiligen Prüfung abgestimmt werden kann, ist der Regelungsvorschlag als unzulässiger Eingriff in die Gesetzgebungskompetenz der Länder nach Artikel 70 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 des Grundgesetzes abzulehnen.

Die Kooperation zwischen MD und den Heimaufsichtsbehörden in den Ländern wird derzeit dadurch erschwert, dass im SGB XI die Qualitätsprüfungen durch den MD geregelt sind, ohne eine Öffnungsklausel, aufgrund derer die Landesverbände der Pflegekassen beziehungsweise der MD zur Gewährleistung einer sinnvollen Kooperation von den starren Regelungen des SGB XI abweichen können.

15. Zu Artikel 1 Nummer 71 (§ 118 a SGB XI)

- a) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf Regelungen zur Stärkung der Beteiligung der Pflege auf Bundesebene aufgegriffen werden.
- b) Der Bundesrat stellt jedoch fest, dass die Ausführungen zur Zusammensetzung und der Aufgabenbereich der „Maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“ unbestimmt sind.
- c) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass die bestehenden berufsständischen Vertretungen bei der Zusammensetzung der „Maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“ in verbindlicher Form berücksichtigt werden.
- d) Der Bundesrat hält es für erforderlich, im weiteren Gesetzgebungsverfahren den Aufgabenbereich zu konkretisieren, um die einschlägige Kompetenznorm des Artikels 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz, die die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ausschließlich auf die Berufszulassung begrenzt, zu entsprechen.

Begründung:

Die Rahmenbedingungen der professionell Pflegenden sollen durch die Bildung einer Organisation auf Bundesebene gestärkt werden. Die angedachte Organisation soll systematisch an den sie betreffenden Aufgaben nach SGB V und SGB XI beteiligt werden. Dieses Vorhaben wird begrüßt, da die Regeln-

gen zur Stärkung der Beteiligung der Pflege auf Bundesebene führt.

Die Ausführungen zu der Umsetzung sind allerdings zu unbestimmt. Insbesondere die dargestellte Zusammensetzung der „Maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe“ ist nicht nachvollziehbar. Es bleibt offen, wie der Prozess der Zusammensetzung gestaltet wird und welche Kriterien konkret herangezogen werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere kritisch zu sehen, dass einerseits landesrechtliche Organisationen lediglich beteiligt werden sollen, andererseits die Bundespflegekammer als nicht ausreichend gestützte Organisation bewertet wird. Dadurch erfolgt eine Benachteiligung der berufsständischen Vertretungen. Dabei sind gerade die Pflegekammern aufgrund der bestehenden Pflichtmitgliedschaft geeignet, den Berufsstand besonders umfassend abzubilden. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Bundespflegekammer als Dachverband der Landespflegekammern die gesamten Mitglieder ihrer Mitgliedsorganisationen vertritt. Dementsprechend ist sie eindeutig eine maßgebliche Organisation der Pflegeberufe. Der Gesetzentwurf sollte deshalb mit dem Ziel angepasst werden, dass berufsständische Vertretungen verbindlich einbezogen werden.

Hinsichtlich des zukünftigen Aufgabenbereichs der maßgeblichen Organisationen ist darauf hinzuweisen, dass die einschlägige Kompetenznorm des Artikels 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ausschließlich auf die Berufszulassung begrenzt. Die Frage nach dem „Ob“, also Voraussetzungen für die Aufnahme des Berufs, kann der Bund regeln. Regelungen zur Berufsausübung stehen in der Kompetenz der Länder. Leider sind die Ausführungen nicht eindeutig, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass die angedachten Aufgaben der maßgeblichen Organisationen den Bereich der Berufsausübung berühren. Im weiteren Verfahren müssen die Kompetenzbereiche erkennbar und die Aufgaben klar getrennt werden.

16. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Absatz 1 SGB V)

In Artikel 3 Nummer 2 ist in § 15a Absatz 1 nach der Angabe „Pflegeberufegesetz“ die Angabe „und aufgrund der Modellvorhaben nach § 4 Absatz 7 des Krankenpflegegesetzes“ einzufügen.

Begründung:

Durch § 4 Absatz 7 KrPflG wurde seinerzeit die Möglichkeit eröffnet, nach § 63 Absatz 3c SGB V Ausbildungsangebote zu etablieren, welche erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermitteln. Die Ausbildungsgänge waren durch das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ zu genehmigen. Die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hat von der Regelung Gebrauch gemacht und mit Genehmigung der Bundesministerien im Jahr 2016 den Bachelorstudiengang „Evidenzbasierte Pflege“ als Modellstudiengang eingeführt. Dabei wurden die Studierenden im Rahmen des Modellvorhabens für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten bei multimorbiden Pati-

enten mit den Schwerpunkten „metabolisches Syndrom/ Diabetes mellitus Typ 2“ und „chronische Wunden“ qualifiziert. Dieser Personenkreis hat das Studium zwischenzeitlich abgeschlossen und steht für die Versorgung zur Verfügung. Daher sollte hier die Möglichkeit geschaffen werden – unabhängig davon, dass es wenige Absolventinnen und Absolventen mit diesem Abschluss gibt – diesen Kreis mit in das Leistungsrecht aufzunehmen.

17. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Absatz 1 SGB V)

In Artikel 3 Nummer 2 § 15a Absatz 1 ist die Angabe „ , aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde,“ zu streichen.

Begründung:

Es bestehen angesichts der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes für die Zulassung zu den Heilberufen verfassungsrechtliche Bedenken in Bezug auf den im Leistungsrecht erteilten Auftrag zu einer bundeseinheitlichen Regelung von Weiterbildung und staatlicher Kompetenzfeststellung durch die Länder. Der wichtige und große Schritt, der mit der Zulassung der Heilkundenausübung, konkret zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Übernahme von weiteren heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen gegangen wird, muss aus verschiedenen Gründen – wie alle anderen Erlaubnisse zur Heilkundenausübung – erst einmal berufsrechtlich im Bundesrecht, hier im Pflegeberufegesetz (PflBG) verankert werden, auch für die Berufsangehörigen mit Berufserfahrung, mit oder ohne Nachqualifikationsmaßnahme, welche in § 15a SGB V-E als Weiterbildung eingeordnet wird.

Bereits die Tatsache, dass die vorgesehene Weiterbildung zwingend bundesweit einheitlich erfolgen muss, legt nahe, die Gesetzgebungskompetenz gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes zu bejahen: Der Bund hat die konkurrierende Gesetzgebung für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen. Er hat die Gesetzgebungskompetenz deshalb, weil die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.

Mit der Erlaubnis zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausübung weiterer heilkundlicher Aufgaben, in – wenn auch im Moment noch entwicklungs offen – definierten Behandlungsbereichen, wird ganz unabhängig davon, wie die praktische Handhabung bislang schon war, jedenfalls rechtlich die Grenze zur ärztlichen Heilkundenausübung neu gesetzt. Insofern handelt es sich nicht um eine bloße Berufsausübungsregelung, sondern um eine Regelung des Berufszugangs zur eigenständigen, selbstständigen Ausübung weiterer heil-

kundlicher Kompetenzen. Dies muss im Bundesrecht klar zum Ausdruck kommen. Schließlich kommt der Staat mit den berufsrechtlichen Zulassungsregelungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apothekern und weiteren Heilberufen seiner aus Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes abgeleiteten Schutzpflicht gegenüber dem Bürger nach. Eine ausdrückliche, individuelle Erlaubnisregelung fehlt im Bundesrecht. Darüber hinaus erfasst die „Generalerlaubnis“ in § 4a PflBG-E die Personen mit Weiterbildung und Kompetenzfeststellung nicht. Für den in 15a SGB V-E beschriebenen Personenkreis fehlt somit trotz § 4a PflBG-E ein Erlaubnistatbestand.

Das Argument, dass die Länder für die Weiterbildungen zuständig seien, greift zu kurz. Die Länder haben gemäß Artikel 72 Absatz 1 des Grundgesetzes die Gesetzgebungskompetenz, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz keinen Gebrauch macht. Wegen der oben beschriebenen verfassungsrechtlichen Aspekte sollte der Bund unbedingt davon Gebrauch machen. Schließlich ist es rechtlich nicht geboten, den nachträglichen Erwerb heilberuflicher Kompetenzen in den Weiterbildungsbereich zu verlagern. Dafür mag es nachvollziehbare, praktische Beweggründe geben, wie etwa, dass nach bereits erfolgtem Ausbildungsabschluss Berufstätige wieder in die Ausbildung geholt werden müssten, oder auch Finanzierungsfragen. Andererseits werden für den Bereich der hochschulischen Pflegeausbildung und für die berufsfachschulische Ausbildung innerhalb von Modellvorhaben die heilberuflichen Kompetenzen ebenfalls in der Erstausbildung beziehungsweise für die Personen, welche das Studium bereits abgeschlossen haben, als Ergänzungsmodul beim Grundstudium verankert. Die jungen Berufsbilder Anästhesietechnischen Assistenten und Operationstechnischen Assistenten, die zunächst einmal aufgrund des Spezialisierungsbedarfs in den Weiterbildungsregelungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Länder als Fachweiterbildungen geregelt waren, sind nun neue, bundesrechtlich geregelte Berufe. Auch die bisher landesrechtlich geregelte Pflegeassistenten, für die der Bund gerade die Gesetzgebungskompetenz an sich gezogen hat, soll nicht unerwähnt bleiben: Um dieselben Qualifikationsstandards und eine einheitliche Qualitätskontrolle auch vor dem Hintergrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen garantieren zu können, wird der Beruf derzeit bundeseinheitlich geregelt. Die vorgenannten Beispiele zeigen, dass die Zuordnung zum Weiterbildungsbereich keineswegs alternativlos ist.

Zugleich fehlen angesichts der Grundrechtsrelevanz (Artikel 2 Absatz 2 und Artikel 12 des Grundgesetzes) zwingend erforderliche Minimalvorgaben. Die Beschreibung in § 15a SGB V-E enthält hinsichtlich der Frage, welche Maßnahmen eigenverantwortlich durchgeführt werden dürfen und welche Gegenstand neuer Weiterbildungen sein müssen, keine klare Aufzählung, sondern eine kaum verständliche Verweisungskette auf Leistungskataloge, Modellvorhaben und Rahmenverträge. Es gibt keine Vorgaben bezüglich der Personen, die die fehlenden Kompetenzen vermitteln und die Prüfungen abnehmen. Grundsätzlich wäre hier wahrscheinlich eine ärztliche Qualifikation zu fordern. Die Maßstäbe aus der Prüferrechtsprechung dürften auf den so wichtigen Aspekt des Zugangs zur Heilkundenausübung und die erforderliche Zugangsprüfung Anwendung finden. Nicht klar wird aus der Formulierung in § 15a SGB V-E, ob die Weiterbildungen zwingend mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen

werden müssen, da sich die Formulierung dem Wortlaut nach nur auf die Kompetenzprüfungen für Personen mit entsprechender Berufserfahrung bezieht. Dass sich 16 Länder mit unterschiedlichen Weiterbildungsgesetzen auf einen Konsens verständigen müssten, erfordert maximalen Bürokratieaufwand und steht im Widerspruch zum postulierten Ziel der Verwaltungsvereinfachung in Bund und Ländern. In den einigen Ländern wären grundlegende Änderungen der Weiterbildungsregelungen vorzunehmen und in der Umsetzung eine bislang im Weiterbildungsbereich nicht vorhandene Staatsprüfung zu etablieren. Länder ohne Weiterbildungsregelungen müssen diese erstmalig schaffen. Angesichts der Tatsache, dass gemäß § 14a PflBG-E die von der Fachkommission entwickelten standardisierten Module in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden sollen, und auch die in § 15a SGB V-E erwähnten Kataloge, Rahmenverträge et cetera dynamisch sind, müssen die Änderungen von 16 Ländern nachvollzogen werden, mit dem daraus resultierenden zeitlichen Vollzugskorridor, der schwerlich eine Einheitlichkeit garantiert. Diese Umsetzungsmaßnahmen sind – anders als im Entwurf beim Erfüllungsaufwand unter E.3 Nummer 2. 2 beschrieben – zudem mit erheblichen Vollzugskosten für die Länder verbunden.

Eine Einheitlichkeit der Weiterbildungen und Kompetenzfeststellungen wäre nur aufgrund Freiwilligkeit der Länder gegeben und nicht einmal über einen (grundsätzlich ja auch kündbaren) Staatsvertrag abgesichert. Föderalistische Strukturen ergeben nur Sinn, wo Bedarf und Raum für Gestaltung durch das Landesrecht besteht.

Inhaltlich stellt sich noch die Frage, wie Personen, die bislang nur im Wege der Delegation tätig werden durften, in ihrer Berufspraxis bereits Kompetenzen zur selbstständigen Anamnese und Diagnosestellung erworben haben können.

18. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Absatz 3 SGB V)

In Artikel 3 Nummer 2 § 15a Absatz 3 ist nach der Angabe „§ 1“ die Angabe „ , § 58 oder § 64a“ einzufügen.

Begründung:

Die Legaldefinition zur Pflegefachperson ist zu erweitern. In § 15a Absatz 3 SGB V-E wird auf die Erlaubnis nach § 1 PflBG verwiesen. Von dieser Verweisung werden die nach Pflegeberufegesetz (PflBG) ebenso möglichen speziellen Abschlüsse gemäß § 58 PflBG nicht erfasst. Mit der Erweiterung dürften nach PflBG ausgebildete Altenpflegerinnen, Altenpfleger und Altenpflegefachpersonen beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachpersonen ebenso pflegerischen Leistungen nach SGB V erbringen.

19. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a Absatz 3 SGB V)

- a) Der Bundesrat regt an, die Nachqualifikation der Personen mit Berufserfahrung als fakultative, staatliche Ergänzungsprüfung im Pflegeberufegesetz und daran anknüpfender spezifisch definierter Heilkundeerlaubnis zu regeln. Der Ergänzungsprüfung sollte für den Regelfall eine ergänzende Ausbildung, in welcher noch fehlende Kompetenzen vermittelt werden, vorgeschaltet sein. Zusätzlich könnten für einen Übergangszeitraum Pflegefachkräfte zu den Ergänzungsprüfungen zugelassen werden, die an Hochschulen oder an Weiterbildungseinrichtungen bereits erworbene heilkundliche Kompetenzen nachweisen.
- b) Der Bundesrat schlägt vor, dass die Ergänzungsprüfungen als hochschulische Prüfungen eingerichtet werden. Personen ohne Hochschulreife können die erforderlichen heilkundlichen Module in einer Form eines sogenannten Kontaktstudiums absolvieren.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Nachqualifikation der Pflegefachkräfte mit Berufserfahrung muss bundesweit einheitlich erfolgen. Zugleich ist aus berufsrechtlicher Sicht erforderlich, dass aus der Berufserlaubnis klar hervorgeht, welche heilkundlichen Aufgaben sie selbständig wahrnehmen dürfen. Zugleich erhalten die schon jetzt auf anderem Wege in der Qualifizierten die Möglichkeit, nach Ablegen der Ergänzungsprüfung eigenverantwortlich tätig sein zu dürfen.

Zu Buchstabe b:

Angesichts der gewünschten Augenhöhe zu Ärztinnen und Ärzten, Akzeptanz in der pflegerischen Fachwelt sowie bei den Patientinnen und Patienten wäre die Anknüpfung an die hochschulischen heilkundlichen Module sinnvoll. Zugleich werden Synergieeffekte genutzt, da die an den Hochschulen vorhandenen Strukturen für die Kompetenzprüfungen der berufsschulisch ausgebildeten Pflegekräfte genutzt werden können.

20. Zu Artikel 3 (§ 15a SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich, dass Nachqualifizierungsangebote zum nachträglichen Erwerb der heilkundlichen Kompetenzen geschaffen werden sollen. Dies ist vor allem für bereits hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte, deren Studiengang die heilkundlichen Kompetenzen noch nicht beinhaltete, sinnvoll.

- b) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die vollständige Refinanzierung der geplanten Weiterbildungen zum nachträglichen Erwerb der Heilkunde gemäß § 15a SGB V sichergestellt ist.

Begründung:

Der Gesetzentwurf weist zu der Finanzierung der Weiterbildungen keine Kosten aus. Daher ist unklar, wie und durch wen die Finanzierung erfolgen soll.

Sowohl die Implementierung entsprechender wissenschaftlicher Weiterbildungen als auch die Durchführung von Studiengängen, die Heilkunde als Kompetenzfeld eröffnen, sind mit erheblichen Kosten verbunden. Eine Refinanzierung der Weiterbildungsangebote nach dem Vollkostenprinzip ist zwingend erforderlich, anderenfalls können die Nachqualifizierungen nicht erfolgen.

21. Zu Artikel 3 Nummer 10 (§ 45 Absatz 2a SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt die Absicht der Bundesregierung, mit dem Gesetzentwurf zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege die Regelung in § 45 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes für das Jahr 2026 fortzusetzen.
- b) Die derzeitige Regelung, dass je Elternteil 15 Anspruchstage pro Kind und insgesamt 35 Anspruchstage sowie für Alleinerziehende 30 Anspruchstage pro Kind und insgesamt 70 Anspruchstage genommen werden können, hat sich unabhängig von der Corona-Pandemie bewährt. Bei einem Wegfall der Regelung des § 45 Absatz 2a SGB V würde die Höchstzahl der Kinderkrankengeldtage wieder auf 10 Anspruchstage pro Kind und insgesamt 25 Tage reduziert, für Alleinerziehende auf 20 und insgesamt 50 Anspruchstage.
- c) Eltern junger Kinder benötigen jedoch Verlässlichkeit bei der Betreuung im Krankheitsfall, die mit einer jährlichen Verlängerung der Regelung nicht gewährleistet ist. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf setzt Planbarkeit voraus und deren Gestaltung kann nicht von Jahr zu Jahr neuen Bedingungen unterliegen. Der Bundesrat bittet deshalb, im weiteren Gesetzgebungsverfahren den § 45 SGB V so zu gestalten, dass die derzeit in Absatz 2a formulierte Regelung dauerhaftes Recht wird.
- d) Der Bundesrat bittet weiterhin, die Gestaltung des Krankengeldes bei Er-

krankung des Kindes auf Basis einer umfassenden Datengrundlage zu überprüfen und dafür eine Evaluation der Regelungen in Auftrag zu geben. Gegenstand der Evaluation sollen sowohl die Anzahl der Leistungstage und die Praktikabilität des Verfahrens als auch die derzeit geltende Altersbeschränkung sein. Sollte im Ergebnis der Evaluation eine weitere Anpassung der Regelung in § 45 Absatz 2a SGB V empfohlen werden, so ist diese zügig umzusetzen.

Begründung:

Die Erwerbstätigenquote und die Arbeitszeit von Müttern haben in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen. Diese Entwicklung unterstützt die individuelle ökonomische Unabhängigkeit und die berufliche Selbstverwirklichung. Darüber hinaus steigert höhere Erwerbstätigkeit von Müttern das Arbeitsvolumen sowie das Arbeitskräftepotenzial – Altersarmut bei Frauen hingegen wird verringert.

Neben dieser Entwicklung teilen sich immer mehr Eltern gemeinschaftlich und gleichberechtigt die Verantwortung für ihre Kinder. Das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ist von beiden Elternteilen gleichermaßen nutzbar und verbessert die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Berufstätige Eltern sind durch das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes berechtigt und abgesichert, im Falle der Erkrankung des Kindes ihre Sorgepflichten wahrzunehmen. Dies gilt verstärkt für Alleinerziehende, die durch die alleinige Verantwortung für Erwerbs- und Sorgearbeit einer vielfachen Mehrbelastung ausgesetzt sind. Berufstätige Eltern brauchen langfristige Regelungen auf klarer Grundlage, so entsteht Planungssicherheit, Rechtsklarheit und die gesellschaftliche Anerkennung von Sorgearbeit.

Wird der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes auf weniger Arbeitstage reduziert, führt dies zu stärkeren Belastungen für berufstätige Eltern und Alleinerziehende. Darüber hinaus wird ein negatives Signal ausgesendet – weg von Anerkennung und Unterstützung elterlicher Sorgearbeit, hin zu einer stärkeren Privatisierung des Problems.

Durch den engen Kontakt zu anderen Kindern sind Kinder in Kindertageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege einem erhöhten Risiko für Infektionskrankheiten ausgesetzt, was insbesondere im frühen Alter zu zahlreichen Krankheitstagen führt. Es liegt daher auch im gesellschaftlichen Interesse, Eltern die Möglichkeit einzuräumen, ihre erkrankten Kinder zu Hause zu betreuen, um eine Ausbreitung von Infektionskrankheiten in den Betreuungseinrichtungen zu vermeiden.

Die geplante Verlängerung des § 45 Absatz 2a SGB V nur für das Jahr 2026 gibt Eltern keine langfristige Sicherheit, erschwert berufliche Planungen und führt insgesamt zu Verunsicherung.

Um Unsicherheiten und Härten zu vermeiden, ist im Rahmen einer Evaluation der tatsächlich notwendige Umfang der sogenannten Kinderkrankentage zu

ermitteln. Hierbei sollte die gesetzliche Regelung dem tatsächlichen Bedarf der unterschiedlichen Anspruchsberechtigten gegenübergestellt und systematisch die Wirkung der Regelung auf Familien, Kinder und Arbeitsmarkt analysiert werden.

Dabei sollte auch untersucht werden, ob die derzeitige Altersgrenze ausreichend und das Verfahren insgesamt niedrigschwellig genug gestaltet ist, um Eltern bei Erkrankungen ihrer Kinder Handlungssicherheit zu geben. Vor diesem Hintergrund bietet eine Evaluation eine aussagekräftige Grundlage für die Entscheidung über eine künftige dauerhafte gesetzliche Regelung.

Nach Abschluss der Evaluation sollte die Regelung zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes neu bewertet und bedarfsgerecht ausgestaltet werden.

22. Zu Artikel 3 Nummer 16 (§ 73d Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Artikel 3 Nummer 16 § 73d ist wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 Satz 1 ist nach der Angabe „Bundesebene“ die Angabe „unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a des Elften Buches“ einzufügen.
- b) In Absatz 2 Satz 3 ist die Angabe „Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118 a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der“ durch die Angabe „Der“ zu ersetzen.

Begründung:

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a SGB XI-E sollten Beteiligte bei der Vertragsvereinbarung sein. Dies gilt sowohl für die Erstellung eines Leistungskatalogs und der Rahmenvorgaben im Sinne von § 73d Absatz 1 SGB V-E als auch für die Qualifikationsvoraussetzungen im Sinne des § 15a SGB V-E. Ein Recht zur Stellungnahme wird als nicht ausreichend bewertet, da fundierte Impulse aus der Profession eingebracht werden sollten.

23. Zu Artikel 3 Nummer 16a – neu – (§ 75 Absatz 1a Satz 20 SGB V)

In Artikel 3 ist nach Nummer 16 die folgende Nummer 16a einzufügen:

,16a. § 75 Absatz 1a Satz 20 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, den Terminservicestellen freie Termine zu melden und Angaben über die Barrierefreiheit der von ihnen betriebenen Niederlassungen nach Satz 2 zu übermitteln.“

Begründung:

Seit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V die Pflicht, über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) der Niederlassungen vertragsärztlicher Leistungserbringer im Internet bundeseinheitlich zu informieren. Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V Richtlinien aufzustellen. Dies ist zuletzt mit Wirkung vom 15. Juli 2024 erfolgt. Die danach von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet zu insgesamt 76 Kriterien zu veröffentlichenden Angaben sind weiterhin unvollständig. Zur Sicherstellung einer diskriminierungsfreien vertragsärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung im Sinne des Artikel 9 in Verbindung mit Artikel 25 UN-BRK in Verbindung mit § 2a SGB V sowie dem Grundsatz der freien Arztwahl ist es daher erforderlich, eine subjektiv-öffentliche Verpflichtung der vertragsärztlichen Leistungserbringer zur Mitteilung von Angaben über die Barrierefreiheit der von ihnen betriebenen Niederlassungen nach Maßgabe der bundeseinheitlichen Kriterien der KBV nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V zu schaffen, damit die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Stand gesetzt werden, über diese auf ihren Internetseiten umfassend zu informieren.

24. Zu Artikel 3 Nummer 19 Buchstabe a – neu – (§ 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V)

Artikel 3 Nummer 19 ist durch die folgende Nummer 19 zu ersetzen:

,19. § 95 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1a Satz 1 wird nach der Angabe „teilnehmen“ die Angabe „ , von Kassenärztlichen Vereinigungen“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 3 <...weiter wie Vorlage...>

Begründung:

Infolge der zunehmend geringer werdenden Bereitschaft von Fachärztinnen und Fachärzten, in eigener Niederlassung tätig zu sein und infolge der daraus erwachsenden Notwendigkeit, die Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Tätigkeit in Anstellung zu erweitern, muss der Kreis der MVZ-Gründungsberechtigten erweitert werden, um die vertragsärztliche Versorgung auch künftig sicherstellen zu können. Zwar sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1c SGB V befugt und im Fall der Unterversorgung auch verpflichtet, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Mischangebote haus- und fachärztlicher Leistungserbringer lassen sich als Eigeneinrichtungen in der Regel nicht realisieren, sodass die Wirtschaftlichkeit ihres Betriebs im Unterschied zu MVZ nicht mit der notwendigen Sicherheit gewährleistet ist, wodurch es zu erhöhten finanziellen Risiken für die Kassenärztlichen Vereini-

gungen kommen kann. Zudem lassen sich Synergieeffekte interdisziplinärer Leistungserbringung leichter durch MVZ erzielen.

25. Zu Artikel 3 Nummer 19 (§ 95 Absatz 3a SGB V)

Die Bundesregierung wird gebeten zu prüfen, ob durch die Aufnahme des § 95 Absatz 3a SGB V die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte im vertragsärztlichen Notdienst ausreichend geregelt und die gesamte, im vertragsärztlichen Notdienst tätige Ärzteschaft, berücksichtigt worden ist.

Begründung:

Die geplante Neuregelung des § 95 Absatz 3a SGB V-E ist aus hiesiger Sicht derzeit nur für Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) eindeutig, denn diese sind aufgrund ihrer Zulassung „zu Tätigkeiten im Notdienst“ verpflichtet. Deren sozialversicherungsrechtliche Einstufung richtet sich, entsprechend der gesetzlichen Regelung, nach der Haupttätigkeit. Befürchtet wird allerdings eine Ungleichbehandlung zwischen selbständig niedergelassenen und angestellten Vertragsärzten. Gleichzeitig würde eine solche Unterscheidung für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einen erheblichen Verwaltungsmehraufwand bedeuten.

Darüber hinaus stellt sich einerseits die Frage, wie die Einordnung von Ärztinnen und Ärzten, die nicht Mitglied der KVen sind (zum Beispiel Rentner, Freelancer, Krankenhausärzte, sonstige Poolärzte), zu erfolgen hat. So ist es bei diesen Ärzten nicht eindeutig, ob und in welchem Umfang dort drei in einem Prozess vereinbarte Voraussetzungen Vergütung nach tatsächlicher Leistung entsprechend Gebührenordnung, Zahlung einer Nutzungsgebühr und der Vertretung nur durch qualifizierte Personen gelten. Andererseits ist die Einordnung aller Tätigkeiten im Bereitschaftsdienst unklar, die freiwillig übernommen werden.

Entsprechend der Begründung des Gesetzentwurfs auf Seite 88 könnte man die geplante Vorschrift des § 95 Absatz 3a SGB V-E so auslegen, dass wenn es sich um einen Vertragsarzt (oder ein MVZ) handelt, welcher aufgrund der Zulassung zum Bereitschaftsdienst verpflichtet ist (als „Annex zur Haupttätigkeit“), Selbstständigkeit vorliegt und bei allen anderen Konstellationen die drei Kriterien des oben genannten Ergebnispiers gelten müssen.

Konterkariert wird diese Auslegung jedoch von einem Aspekt aus der Begründung, siehe Seite 207 (Begründung zur Nummer 19). Dort heißt es: „Tätigkeiten im vertragsärztlichen Notdienst, die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten außerhalb der aus ihrer Zulassung folgenden Verpflichtung oder von anderen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, werden von der Regelung nicht erfasst.“

Hier könnte man unterstellen, dass alle Tätigkeiten im Bereitschaftsdienst, die freiwillig übernommen werden, der Sozialversicherungspflicht unterliegen.

Wenn diese Regelung auch zusätzlich übernommene, freiwillige Dienste der Mitglieder umfasst, führt dies zu nicht prüfbaren Abgrenzungsschwierigkeiten in der Verwaltung sowie bei diesen Mitgliedern dazu, dass diese keine zusätzlichen Dienste mehr übernehmen, um eine Sozialversicherungspflicht ihrer Einkünfte zu vermeiden.

26. Zu Artikel 3 Nummer 20 Buchstabe a (§ 105 Absatz 1a Satz 1 SGBV)

In Artikel 3 Nummer 20 Buchstabe a § 105 Absatz 1a Satz 1 ist die Angabe „0,1 Prozent“ durch die Angabe „0,2 Prozent“ und die Angabe „0,2 Prozent“ durch die Angabe „0,4 Prozent“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

Mit dem Ziel des Ausbaus der Vergütungsanreize wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz seit dem 1. Januar 2012 die Möglichkeit gewährt, einen Strukturfonds zu bilden. Mit der Reform durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz im Jahr 2019 wurde die Errichtung eines Strukturfonds für sämtliche Kassenärztlichen Vereinigungen obligatorisch.

Zur Bildung des Strukturfonds müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen nach derzeitiger Gesetzeslage mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bereitstellen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entrichten in den Strukturfonds einen zusätzlichen Betrag in gleicher Höhe.

Die Mittel aus dem Fonds sollen gemäß § 105 Absatz 1a Nummer 1 bis 8 SGB V dabei unter anderem nicht nur für Zuschüsse für Investitionskosten bei der Neuniederlassung und bei Praxisübernahmen (Nummer 1), sondern gerade auch für die Förderung von eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1c SGB V (Nummer 4) verwendet werden.

Angesichts der zunehmenden (drohenden) ärztlichen Unterversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen ist es im Sinne einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung, dem räumlichen Missverhältnis der Versorgungskapazitäten entgegenzusteuern.

So wurde deutschlandweit im Jahr 2024 in 34 Planungsbereichen eine Unterversorgung (überwiegend in der Arztgruppe der Hausärzte) und in 152 Planungsbereichen eine drohende Unterversorgung (ebenfalls überwiegend mit Hausärzten) festgestellt. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf wurde in vier Kassenärztlichen Vereinigungen konstatiert.

Beispielsweise sind in Sachsen derzeit sieben Planungsbereiche unterversorgt (Stand: Juli 2025) und 56 Planungsbereiche drohend unterversorgt (überwiegend in der Arztgruppe der Hausärzte). 2018 gab es einen unterversorgten Planungsbereich und 32 Planungsbereiche waren drohend unterversorgt.

In Bayern sind beispielsweise derzeit (Stand: Juni 2025) zwölf Planungsbereiche unterversorgt (überwiegend in der Arztgruppe der Hausärzte) und 40 Planungsbereiche drohend unterversorgt. Zum Vergleich: Im Jahr 2018 (Stand: November 2018) waren in Bayern nur zwei Planungsbereiche unterversorgt und elf Planungsbereiche drohend unterversorgt.

Um dieser sich stetig verschlechternden Versorgungslage entgegenzuwirken, bedarf es einer Ausweitung der bisherigen Sicherstellungsmaßnahmen, insbesondere auch durch Gründung von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in (drohend) unterversorgten Planungsbereichen. Grundvoraussetzung, um eine entsprechende Ausweitung ermöglichen zu können, ist wiederum, dass die Mittel des Strukturfonds erhöht werden.

Im Hinblick auf die stark gestiegene Anzahl (drohend) unterversorgter Planungsbereiche erscheint eine Verdoppelung der bisherigen Mittel des Strukturfonds, das heißt zukünftig mindestens 0,2 Prozent und höchstens 0,4 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, erforderlich.

27. Zu Artikel 3 Nummer 21 (§ 112a Absatz 1 SGB V)

In Artikel 3 Nummer 21 § 112a Absatz 1 ist nach der Angabe „vereinbaren“ die Angabe „unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a des Elften Buches“ einzufügen.

Begründung:

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a SGB XI-E sollten Beteiligte bei der Vertragsvereinbarung sein. Dies gilt sowohl für die Erstellung eines Leistungskatalogs und der Rahmenvorgaben im Sinne des § 112a Absatz 1 SGB V-E als auch für die Qualifikationsvoraussetzungen im Sinne des § 15a SGB V-E. Ein Recht zur Stellungnahme wird als nicht ausreichend bewertet, da fundierte Impulse aus der Profession eingebracht werden sollten.

28. Zu Artikel 3 Nummer 21 (§ 112a Absatz 1 SGB V)

In Artikel 3 Nummer 21 § 112a ist in Absatz 1 die Angabe „2028“ durch die Angabe „2027“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Zeitpunkt, zu dem die Verträge für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung nach § 112a SGB V-E und im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und der Verordnung häuslicher Krankenpflege gemäß § 73d SGB V-E abgeschlossen sein müssen, ist zu vereinheitlichen. Dies ist notwendig um eine sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen und würde auch den Zielen des § 8 Absatz 3c SGB XI entsprechen, der auf die Erarbeitung eines sektorenübergreifenden Katalogs der Aufgaben von Pflegefachpersonen abzielt.

29. Zu Artikel 3 Nummer 28 (§ 273 Absatz 7 Satz 2 und Satz 2a – neu – SGB V)

Artikel 3 Nummer 28 § 273 Absatz 7 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 2 ist die Angabe „fünfzehnten“ durch die Angabe „fünften“ zu ersetzen.
- b) Nach Satz 2 ist der folgende Satz einzufügen: „Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Prozesse für die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 6 und erarbeitet bis zum 31. Mai 2027 Empfehlungen zur Vereinfachung und Beschleunigung dieser Prüfverfahren.“.

Folgeänderung:

In Artikel 12 ist in § 7 Absatz 2 Satz 4 Halbsatz 2 das Wort „fünfzehnten“ durch das Wort „fünften“ zu ersetzen.

Begründung:

Das Verfahren nach § 273 SGB V zur Prüfung der von den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs gemeldeten Daten auf ihre Rechtmäßigkeit ist derzeit sowohl für das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als auch für die Krankenkassen mit einem übermäßig hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Demgemäß konnten zahlreiche Prüfungen für die vergangenen Jahre, die teilweise weit in der Vergangenheit liegende Zeiträume der gemeldeten Datengrundlagen aufgreifen, bisher nicht abgeschlossen werden. Daher ist es notwendig, zumindest Prüffristen einzuführen, die zu einer deutlichen Beschleunigung der Prüfverfahren führen. Die bisher im Gesetzesentwurf vorgesehene Prüffrist von fünfzehn Jahren wird diesem Ziel nicht gerecht. Vielmehr bedarf eine effektive Verfahrensbeschleunigung die Einführung einer deutlich verkürzten Prüfpflicht. Hierfür erscheint eine Frist von fünf Jahren effektiv und angemessen. Neben der Verfahrensbeschleunigung ist aber auch der übermäßig hohe Verwaltungsaufwand der Prüfverfahren zu reduzieren. Hierfür hat das Bundesministerium für Gesundheit die Prozesse für die Prüfungen zu untersuchen und bis zum 31. Mai 2027 Empfehlungen zur Vereinfachung und Be-

schleunigung dieser Prüfverfahren zu erarbeiten.

30. Zu Artikel 3 Nummer 32a – neu – (§ 326 (Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts SGB V) und Nummer 46 – neu – (§ 428 – neu – SGB V))

Artikel 3 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 32 ist die folgende Nummer 32a einzufügen:

„32a. § 326 (Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts) wird gestrichen.“

b) Nach Nummer 45 ist die folgende Nummer 46 einzufügen:

„46. Nach § 427 wird der folgende § 428 eingefügt:

„§ 428

Übergangsregelung aus Anlass des Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts

Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 27. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 72) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 408) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 5 Absatz 1 Nummer 6, des § 49 Absatz 1 Nummer 3, des § 55 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Satz 4, des § 62 Absatz 2 Satz 4 sowie Satz 5 Nummer 2, des § 192 Absatz 1 Nummer 3, des § 325 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 2 Satz 1, des § 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5, des § 251 Absatz 1 und des § 294a Absatz 1 Satz 1 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“

Folgeänderung:

In der Inhaltsübersicht ist die Angabe „426“ durch die Angabe „427“ zu ersetzen.

Begründung:

§ 326 SGB V existiert seit dem 1. Januar 2024 mit zwei unterschiedlichen Regelungsinhalten. Offenbar infolge eines gesetzgeberischen Redaktionsversehens im Zusammenhang mit dem am 20. Oktober 2020 in Kraft getretenen Patientendatenschutzgesetz vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) wurde versäumt, § 326 in der Fassung des Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652), das insoweit am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist, in das 15. Kapitel des SGB V (Weitere Übergangsvorschriften) zu transferieren, was zur Vermeidung einer Doppelung desselben Paragraphen-Zeichens mit unterschiedlichem Regelungsinhalt im SGB V nunmehr erfolgen sollte. Die mit dem PDSG geschaffene Norm § 326 SGB V, die das Verbot der Nutzung der Telematikinfrastruktur ohne Zulassung oder Bestätigung regelt, bleibt von der vorgeschlagenen Änderung unberührt.

31. Zu Artikel 3 allgemein

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung im Rahmen eines weiteren Gesetzgebungsverfahrens darauf hinzuwirken, neben anderen Reformbedarfen im RSA zeitnah das HMG-Ausschlussverfahren – die sogenannte Manipulationsbremse – zu streichen.

Begründung:

Mit der Einfügung von § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV und § 19 RSAV im Rahmen des GKV-FKG schließt das Bundesamt für soziale Sicherung seit dem Ausgleichsjahr 2021 Risikogruppen aus, die im Verlauf mehrerer Jahre besonders hohe Steigerungsraten bezüglich der Häufigkeit ihres Auftretens aufweisen. Hierbei handelt es sich um sogenannte „Hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ (HMG).

Laut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates 2025 ist der Fortbestand der Regelung kritisch zu hinterfragen. Ein Verzicht auf die Manipulationsbremse wird für vertretbar gehalten. Die Manipulationsresistenz des RSA wird dadurch voraussichtlich nicht geschwächt werden. Vor dem Hintergrund der möglichen gegenteiligen Effekte der Manipulationsbremse trägt der Verzicht dazu bei, das RSA-Verfahren zu vereinfachen und damit den Verwaltungsaufwand zu reduzieren.

32. Zu Artikel 5 Nummer 4a – neu – (§ 7 Absatz 1 Nummer 3 und Nummer 4 -neu- PflBG) und Artikel 9 Nummer 01 – neu – (§ 3 Absatz 2 Satz 2a – neu – PflAPrV)

a) In Artikel 5 ist nach Nummer 4 die folgende Nummer 4a einzufügen:

„4a. § 7 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird die Angabe „Pflegeeinrichtungen.“ durch die Angabe „Pflegeeinrichtungen,“ ersetzt.

b) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 eingefügt.

„4. zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 15 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.““

b) In Artikel 9 ist vor Nummer 1 die folgende Nummer 01 einzufügen:

„01. Nach § 3 Absatz 2 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ist eine medizinische Rehabilitationseinrichtung Träger der praktischen Ausbildung, können die Pflichteinsätze aufgeteilt werden; insgesamt sollen 1300 Stunden beim Träger durchgeführt werden.““

Begründung:

Zur Abmilderung des in der Pflege zunehmenden Fachkräftemangels ist eine Ausweitung der Ausbildungskapazitäten dringend erforderlich. Durch die Krankenhausstrukturreform und die damit einhergehenden Klinikschließungen ist jedoch eher mit einem Wegfall von Ausbildungskapazitäten zu rechnen. Gerade im ländlichen Raum besteht aufgrund veränderter Rahmenbedingungen (unter anderem fehlender bezahlbarer Wohnraum, Anstieg der Care-Arbeit, Umwandlung von Kliniken in sektorübergreifende Versorger mit geringeren Kapazitäten) ein zunehmender Bedarf an wohnortnahen Ausbildungsmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund sollten geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation als Träger der praktischen Ausbildung – sowohl im Bereich der generalistischen Ausbildung zur Pflegefachperson nach § 7 Absatz 1 PflBG als auch im Bereich einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung – aufgenommen und damit zugelassen werden. Denn Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation sind oftmals im ländlichen Raum zu finden und können bei der Beseitigung des Mangels an wohnortnahen Ausbildungsmöglichkeiten unterstützen.

In der Folge sind zudem in der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung die notwendigen Folgeänderungen vorzunehmen, die aufgrund der Erweiterung der potentiellen Träger der praktischen Pflegeausbildung entstehen.

33. Zu Artikel 5 Nummer 5 (§ 14a Absatz 2 – neu – PflBG)

Artikel 5 Nummer 5 § 14a ist wie folgt zu ändern:

- a) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die Angabe „(1)“ einzufügen.
- b) Nach dem bisherigen Wortlaut ist der folgende Absatz 2 einzufügen:

„(2) Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 können die erforderlichen fachlichen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung durch eine staatlich anerkannte, einheitliche Weiterbildung erwerben.“

Begründung:

Die vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse berufserfahrener Pflegefachkräfte müssen beim Erwerb heilkundlicher Kompetenzen einbezogen und entsprechende Weiterbildungsangebote für diese Zielgruppe ermöglicht werden. Dies würde auch die Durchlässigkeit der Bildungswege in der Pflege fördern.

Der Gesetzesentwurf sieht diese Möglichkeit im Leistungsrecht, in Artikel 3 § 15a SGB V-E zwar vor (vgl. Begründung des Gesetzesentwurfs zu § 15a SGB V-E, Seite 195), regelt diese aber nicht berufsrechtlich im Pflegeberufegesetz.

Nach der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 14. Februar 2025 (BR-Drucksache 2/25 (B)) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Anlage 4 der BT-Drucksache 20/14988, zu Nummer 12) geht die Bundesregierung davon aus, dass der Erwerb heilkundlicher Kompetenzen und damit auch die entsprechende Berufsausübung von fachschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen durch eine entsprechende Fachweiterbildung möglich sei, ohne dies berufsrechtlich regeln zu müssen.

Eine berufsrechtliche Regelung ist aber zwingend notwendig wegen des Vorrangs des Berufsrechts vor den leistungsrechtlichen Regelungen. Ohne eine berufsrechtliche Regelung ist die Absicht des Gesetzesentwurfs, auch fachschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen den Erwerb heilkundlicher Kompetenzen durch Fachweiterbildung zu ermöglichen, nicht umsetzbar.

In diesem Sinne ist § 14a PflBG-E um einen Absatz 2 zu ergänzen und die Möglichkeit des Erwerbs heilkundlicher Kompetenzen allen Pflegefachpersonen mit einer Berufserlaubnis nach § 1 PflBG zu ermöglichen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die gesetzliche Zuständigkeit für die Regelung von Fortbildungsinhalten sowie für die Festlegung der Zugangsvoraussetzungen für Fortbildungen grundsätzlich bei den Ländern liegt.

Die Länder sind daher in der Pflicht, die Entwicklung und Umsetzung von Fortbildungsangeboten für berufsfachschulisch ausgebildete Pflegekräfte eigenverantwortlich zu organisieren. Eine enge Abstimmung zwischen Bund und Ländern soll die notwendige bundesweite Vergleichbarkeit und Qualität sicherzustellen. Dennoch darf dies nicht zu einer zentralistischen Steuerung führen, die die föderale Struktur aushöhlt. Vielmehr ist es wichtig, die bewährte Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren im Gesundheitswesen fortzuführen und regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

34. Zu Artikel 5 Nummer 6a – neu – (§ 37a – neu – PflBG):

In Artikel 5 ist nach Nummer 6 die folgende Nummer 6a einzufügen:

„6a. Nach § 37 wird der folgende § 37a eingefügt:

„§ 37a Zulassungsvoraussetzungen

(1) Das Pflegestudium darf nur absolvieren, wer

1. die allgemeinen gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen für die Zulassung zu einem Pflegestudium an einer Hochschule erfüllt;
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Absolvierung des Pflegestudiums ergibt,
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Absolvierung des Pflegestudiums ungeeignet ist und
4. über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für das Pflegestudium erforderlich sind.

(2) Die Länder können den Zugang zum Pflegestudium von weiteren Voraussetzungen abhängig machen.“

Begründung:

Eine Studienbewerberin beziehungsweise ein Studienbewerber für den Pflegestudiengang soll auch

–gesundheitlich geeignet sein,

- über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen und
 - ein Führungszeugnis vorlegen müssen,
- um zum Studium zugelassen zu werden.

Für den Zugang zur Ausbildung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann verweist § 11 Absatz 2 PflBG auf § 2 Nummer 2 bis 4 PflBG, der die Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung regelt. Danach erhält eine Erlaubnis zur Ausübung des Berufes nur, wer

- die durch Gesetz vorgeschriebene berufliche oder hochschulische Ausbildung absolviert und die staatliche Abschlussprüfung bestanden hat,
- sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt,
- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
- über die für die Ausbildung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

In §§ 37 ff. PflBG hingegen fehlt ein entsprechender Verweis auf § 2 PflBG. § 38b Absatz 1 Satz 2 PflBG enthält nur einen Verweis auf den 2. Abschnitt von Teil 2 des PflBG (Ausbildungsverhältnis), aber nicht auf Teil 1 Abschnitt 1, der unter anderem § 2 PflBG (Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“) beinhaltet. Es fehlt somit eine entsprechende Regelung für den Zugang zur hochschulischen Pflegeausbildung.

Auch das Hebammengesetz enthält in § 10 HebG entsprechende Voraussetzungen für den Zugang zum Hebammenstudium. Diese Voraussetzungen bestehen über die nachzuweisende Berufsausbildung hinaus in dem Nachweis, dass

- sich die Studienbewerberin bzw. der Studienbewerber nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Absolvierung des Hebammenstudiums ergibt,
- sie beziehungsweise er nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Absolvierung des Hebammenstudiums ungeeignet ist und
- sie beziehungsweise er über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für das Hebammenstudium erforderlich sind.

Diese persönlichen Voraussetzungen, die auf Sprachkenntnisse, gesundheitliche Eignung und Führungszeugnis abstellen, sollten bereits mit Aufnahme des Studiums vorliegen,

- einerseits, weil diese persönlichen Voraussetzungen später für die Erteilung der Urkunde zum Führen der Berufsbezeichnung erfüllt sein müssen,
- andererseits, weil das Pflegestudium als duales Studium ausgestaltet ist und in wesentlichen Teilen bereits praktische Pflegeeinsätze nach einem Ausbildungsplan beinhaltet.

35. Zu Artikel 5 Nummer 9 (§ 66e Überschrift, Absatz 2 – neu – PflBG)

Artikel 5 Nummer 9 § 66e ist wie folgt zu ändern:

- a) In der Überschrift ist die Angabe „Satz 2“ zu streichen.
- b) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die Angabe „(1)“ einzufügen.
- c) Nach dem bisherigen Wortlaut ist der folgende Absatz 2 einzufügen:

„(2) Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Pflegeausbildung und einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 können die fachlichen Kompetenzen nach Absatz 1 Satz 1 durch eine staatlich anerkannte, einheitliche Weiterbildung erwerben.“

Begründung:

Die vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse berufserfahrener Pflegefachkräfte müssen beim Erwerb heilkundlicher Kompetenzen einbezogen und entsprechende Weiterbildungsangebote für diese Zielgruppe ermöglicht werden. Dies würde auch die Durchlässigkeit der Bildungswege in der Pflege fördern.

Der Gesetzesentwurf sieht diese Möglichkeit im Leistungsrecht in § 15a SGB V-E zwar vor (vergleiche Begründung des Gesetzesentwurfs zu § 15a SGB V-E, Seite 195), regelt diese aber nicht berufsrechtlich im Pflegeberufegesetz.

Nach der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 14. Februar 2025 (BR-Drucksache 2/25 (B)) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Anlage 4 der BT-Drucksache 20/14988, zu Nummer 12) geht die Bundesregierung davon aus, dass der Erwerb heilkundlicher Kompetenzen und damit auch die entsprechende Berufsausübung von fachschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen durch eine entsprechende Fachweiterbildung möglich ist, ohne dies berufsrechtlich regeln zu müssen.

Eine berufsrechtliche Regelung ist aber zwingend notwendig wegen des Vorrangs des Berufsrechts vor den leistungsrechtlichen Regelungen. Ohne eine berufsrechtliche Regelung ist die Absicht des Gesetzesentwurfs, auch fachschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen den Erwerb heilkundlicher Kompetenzen durch Fachweiterbildung zu ermöglichen, nicht umsetzbar.

In diesem Sinne ist § 66e PflBG-E um einen Absatz 2 zu ergänzen und die Möglichkeit des Erwerbs heilkundlicher Kompetenzen allen Pflegefachpersonen mit einer Berufserlaubnis nach § 1 PflBG zu ermöglichen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die gesetzliche Zuständigkeit für die Regelung von Fortbildungsinhalten sowie für die Festlegung der Zugangsvoraussetzungen für Fortbildungen grundsätzlich bei den Ländern liegt.

Die Länder sind daher in der Pflicht, die Entwicklung und Umsetzung von Fortbildungsangeboten für berufsfachschulisch ausgebildete Pflegekräfte ei-

genverantwortlich zu organisieren. Eine enge Abstimmung zwischen Bund und Ländern soll die notwendige bundesweite Vergleichbarkeit und Qualität sicherzustellen. Dennoch darf dies nicht zu einer zentralistischen Steuerung führen, die die föderale Struktur aushöhlt. Vielmehr ist es wichtig, die bewährte Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren im Gesundheitswesen fortzuführen und regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

36. Zu Artikel 5 Nummer 9 (§ 66e Satz 1a – neu – PflBG)

In Artikel 5 Nummer 9 § 66e ist nach Satz 1 der folgende Satz einzufügen:

„Satz 1 gilt auch für Personen, deren Berufsbezeichnung nach § 64 Satz 1 fortgilt oder nach § 1 Satz 1 erworben wurde und die auch über eine abgeschlossene pflegewissenschaftliche Hochschulausbildung verfügen.“

Begründung:

Absolventinnen und Absolventen mit einer Berufsbezeichnung nach § 64 Satz 1 PflBG oder § 1 Satz 1 PflBG und einem abgeschlossenen pflegewissenschaftlichen Studium haben parallel zur Berufsausbildung einen pflegewissenschaftlichen Abschluss erworben. Es handelt sich hierbei um eine Zielgruppe an Absolventinnen und Absolventen, die über pflegerische Kompetenzen auf Hochschulniveau verfügt.

Der Anteil an akademisch qualifiziertem Fachpersonal in der Pflege ist zwar in den letzten Jahren gestiegen, mit einer Quote von knapp unter 2 Prozent für das Jahr 2024 als noch sehr gering einzustufen. Um ausreichend Nachwuchs zur Wahrnehmung komplexer Pflegesituationen und zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeit zu sichern, sollte der Zugang zum nachträglichen Erwerb der Heilkunde geöffnet werden.

Damit wird auch sichergestellt, dass an Hochschulen ausreichend qualifizierte Lehrpersonen für den Unterricht in den Heilkundekompetenzen zur Verfügung stehen.

37. Zu Artikel 8 (Änderung des SGB XII)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, welche gesetzlichen Änderungen zusätzlich in Artikel 8 aufzunehmen sind, um wieder die Konvergenz zwischen den Leistungssystemen des SGB XI und dem 7. Kapitel des SGB XII herzustellen sowie um das effektive Zusammenwirken beider Kostenträger sicherzustellen, wie sie spätestens seit Inkrafttreten der Pflegeleistungsgesetze II und III als Ziel der Versorgung pflegebedingter Bedarfe festge-

legt wurden.

Bei der Prüfung muss der leitende Gedanke die Verhinderung beziehungsweise Aufhebung einer Schlechterstellung von Personen mit Bedarfen bei der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII sein. Hier kann es sich sowohl um nichtversicherte Personen handeln als auch um Personen mit einem kurzfristigen Pflegegrad für voraussichtlich weniger als 6 Monate, Personen, deren Wartezeit auf die Versicherungsleistung noch läuft oder versicherte Personen, die neben der Versicherungsleistung aufgrund finanzieller Bedürftigkeit noch einer weitergehenden Leistung der Hilfe zur Pflege aus dem SGB XII bedürfen. Die Prüfung muss sich sowohl auf bereits bestehende Regelungen des SGB XI und des 7. Kapitel des SGB XII als auch auf die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplanten Änderungen beziehen. Insbesondere müssen für die Prüfung auch die für das SGB XII geltenden abweichenden Rahmenbedingungen und Rechtsgrundsätze bei der Umsetzung einer Angleichung beachtet werden.

Neben der Angleichung des Leistungsrechts ist auch zu prüfen, an welchen Stellen die Beteiligung des Trägers der Sozialhilfe in seiner Funktion als Kostenträger und –prüfer von Leistungen der Hilfe zur Pflege sowie entsprechende übergeordnete Institutionen auf Bundesebene oder Arbeitsgemeinschaften in die Regelungen des SGB XI aufzunehmen und somit dessen Expertise einzubeziehen ist. Dies erscheint sowohl in Bezug auf thematisch beide Leistungsrechte tangierende Evaluationen und Richtlinien sinnvoll als auch bei Erprobungen oder Modellprojekten mit möglichen Auswirkungen auf beide Leistungssysteme und deren Überführung in geltendes Recht.

Unter diesem Gesichtspunkt sind beispielhaft in Artikel 1 insbesondere die laufenden Nummern 6, 12, 17, 18, 26, 36, 47, 55 und 75 zu prüfen.

Daneben wird die Bundesregierung gebeten eine Angleichung folgender bestehender Leistungsgrundlagen zu prüfen:

- Übertragung des Wohngemeinschaftszuschlags des § 38a SGB XI (neu § 45f SGB XI-E) in das 7. Kapitel des SGB XII, da er eine Zusatzleistung darstellt, die sich gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung in den Leistungen des SGB XII nicht widerspiegelt und seine einseitige Gewährung nur für Versicherte eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung bedeutet.
- Erhöhung des Entlastungsbetrages auf 131 Euro in den §§ 64i und 66 SGB XII, um die Gleichbehandlung mit den Leistungen des SGB XI wiederher-

zustellen.

- Erweiterung des Anwendungsbereichs des § 64j SGB XII um die Zwecke des § 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI, sodass die zweckmäßige und somit bedarfsbegründende Nutzung nicht unbegründet zwischen den Leistungssystemen voneinander abweicht.

38. Zu Artikel 13a – neu – (§ 68 Absatz 2 Satz 1 ATA-OTA-G)

Nach Artikel 13 ist der folgende Artikel 13a einzufügen:

„Artikel 13a:

Änderung des Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetzes

Das Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Juli 2022 (BGBl. I S. 1174) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 68 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2028“ durch die Angabe „31. Dezember 2033“ ersetzt.“

Begründung:

Die Verlängerung der Frist für das Erfüllen der Voraussetzungen des § 22 ATA-OTA-Gesetz ist insbesondere erforderlich, weil sich die Akquise von hochschulisch qualifizierten Lehrkräften weiterhin als schwierig erweist. Die Nachfrage nach fachlich und pädagogisch qualifizierten Lehrkräften übersteigt das Angebot an entsprechend qualifizierten Lehrkräften.

Daher ist die Verlängerung der Übergangsregelung, parallel zu § 74 Absatz 2 MTBG, auf den 31. Dezember 2033 erforderlich, um Engpässe bei den Lehrkräften zu vermeiden.

39. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Absicht der Bundesregierung, mit dem Gesetzentwurf nicht nur die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden, sondern auch die Situation pflegebedürftiger Menschen und ih-

rer Angehörigen zu verbessern.

- b) Der Bundesrat bittet jedoch im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf zu achten, dass keine Vorfestlegungen im Hinblick auf die Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von Eckpunkten für eine große Pflegereform („Zukunftspakt Pflege“) erfolgen beziehungsweise Erkenntnisse aus Evaluationen und Modellprojekten in die dortigen Prozesse einfließen können. Dies betrifft unter anderem die Evaluation des Begutachtungsinstruments und insbesondere die beabsichtigten Regelungen zur Einführung neuer Versorgungsformen mit ihren etwaigen weitreichenden Auswirkungen. Der Bundesrat schlägt daher vor, die gemeinschaftlichen Wohnformen aus dem aktuellen Gesetzentwurf herauszulösen und in der Bund-Länder-AG zu diskutieren, inwieweit statt weiterer bürokratischer Sonderregelungen im SGB XI – wie zum Beispiel zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – als Alternative eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erfolgen kann.
- c) Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die vorgesehenen Verfahrensleitlinien zur Verbesserung des Vergütungsverhandlungsgeschehens, bittet aber im weiteren Gesetzgebungsverfahren darum, bei der Überarbeitung des Gesetzesentwurfs Regelungen zu den Vergütungsverhandlungen konsequenter und verlässlicher mit dem Ziel zu formulieren, die Verfahren möglichst effizient und ohne Zeitverzug zu einem Ergebnis bringen zu können, das sowohl den Interessen der Einrichtungen als auch der Pflegebedürftigen gerecht wird. Auch wird die Prüfung des Ausfüllens sowie der Erweiterung der Inhalte bereits bestehender Instrumente, zum Beispiel hinsichtlich der bislang nicht umgesetzten Verordnungsermächtigung nach § 83 SGB XI für sinnvoll erachtet, wenn vorausgesetzte organisatorische Rahmenbedingungen nicht erfüllt oder Rahmenverträge nicht an neue rechtliche Bedingungen angepasst und vollständig an adäquater Stelle veröffentlicht werden.
- d) Im Sinne der Entbürokratisierung bittet der Bundesrat darum, insbesondere alle Schriftformvorgaben auf ihre Erforderlichkeit zu überprüfen und soweit möglich durch die Textform zu ersetzen.
- e) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf erstmalig der Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen gesetzlich verankert und damit eine Stärkung der Profession intendiert wird.
- f) Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die erweiterten Kompeten-

zen von Pflegefachpersonen im Rahmen von eigenverantwortlichen und arztunabhängigen Aufgaben definiert werden müssen.

- g) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, in welchen Bereichen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich – also ohne ärztliche Diagnose und Indikationsstellung – Heilkunde ausüben können.
- h) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob im Gesetzestext die Begriffsverwendung „ärztliche Behandlung“ gestrichen werden kann, um eine klare Abgrenzung der eigenständigen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen zu schaffen.
- i) Der Bundesrat hält es außerdem für erforderlich, dass eine klare Regelung zur Delegationsmöglichkeit von Aufgaben durch Pflegefachpersonen erfolgt, wie sie im ärztlichen Bereich bereits etabliert ist. Der Bundesrat bittet daher im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Aufnahme klarer Regelungen hinsichtlich der Delegationsmöglichkeit von Aufgaben durch Pflegefachpersonen zu prüfen.
- j) Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren im Rahmen einer Strukturreform eine grundlegende Vereinfachung des Pflegeversicherungsrechts inklusive Aufhebung der Sektorengrenzen im Leistungsrecht vorzunehmen und dabei auch die Möglichkeit zu prüfen, die Vielzahl der aktuellen Leistungen der Pflegeversicherung durch eine überschaubare Anzahl flexibel einsetzbarer Budgets zu ersetzen. Ziel ist dabei, übermäßige bürokratische Anforderungen – einschließlich der von der Selbstverwaltung geschaffenen und unter Berücksichtigung der Digitalisierung – insbesondere in den vorstehend genannten Bereichen zu reduzieren.
- k) Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren einen Anspruch auf pflegegradunabhängige Prozesssteuerung durch Pflegefachpersonen einzuführen. Die Leistungserbringung soll nicht zu Lasten des Sachleistungsbetrages erfolgen, sondern davon unabhängig vergütet werden.
- l) Der Bundesrat begrüßt, dass die Möglichkeiten der Heilkundenausübung und der entsprechende Kompetenzerwerb erweitert werden.

Außerdem begrüßt der Bundesrat, dass hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen entweder im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes (auf Grundlage der seit dem 1. Januar 2025 geltenden Regelungen) oder im Rahmen von bundesweit

einheitlichen Weiterbildungen zusätzliche heilkundliche Kompetenzen in drei Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz erwerben können.

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Möglichkeit des Erwerbs dieser heilkundlichen Kompetenzen auch für additive und ausbildungsintegrierende duale Bachelorstudiengänge Pflege vorzusehen.

- m) Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Absicht der Bundesregierung, mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege auch für ambulant organisierte Gruppenwohnformen die Finanzierung und die Finanzierungsverfahren zu verbessern. Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die Umsetzung beabsichtigter Verbesserungen an vielen Stellen hinter den Erwartungen der Länder zurückbleibt. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung von Quartierspflege und ambulant betreuter Wohngruppen sowie die Rahmenbedingungen für Modelle nach dem neuen § 92c SGB XI (Artikel 1 Nummer 55 Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege).
- n) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren darum, für eine Finanzierungsgrundlage für ambulant betreute Wohngruppen zu sorgen, die sie gegenüber den stationären Wohneinrichtungen nicht schlechter stellt. Dazu gehört es auch, eine Möglichkeit im SGB XII zu schaffen, die es dem Sozialhilfeträger ermöglicht, bei Bedarf den notwendigen Einsatz von Präsenzkraften zu finanzieren.
- o) Die Länder begrüßen die beabsichtigte Verlängerung der Modelle nach § 123 SGB XI. Damit darf jedoch nicht verbunden sein, dass Leistungen von Pflegeeinrichtungen wie Case Management, Erschließung und Koordination von nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen Hilfen sowie gewerblichen Hauswirtschaftsangeboten außerhalb der oben genannten Modellprojekte bis in die 30er Jahre nicht refinanziert werden. Der Bundesrat spricht sich für einen baldigen Einstieg in die Regelfinanzierung aus, um die Pflege auch in Zeiten des Fachpersonalmangels sicherzustellen.
- p) Es wird begrüßt, dass die Möglichkeit eröffnet werden soll, einen Versorgungsantrag mit Bezug auf die festgestellte Überversorgung abzulehnen. Dieses war bisher nicht möglich. Hierdurch wird die Landesplanung gestärkt.

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren darum, einen

Prüf- oder Interventionsmechanismus einzuführen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Bundesrat erkennt die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzesentwurfs an.

Zu Buchstabe b:

Der aktuell vorgelegte Gesetzesentwurf sollte sich angesichts der weitreichenden Herausforderungen, die sich mit Blick auf den demografischen Wandel und die stark steigende Zahl Pflegebedürftiger stellen und die vor diesem Hintergrund eingesetzte Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von Eckpunkten für eine große Pflegereform auf dringend erforderliche Regelungen konzentrieren, die nicht im Sinne von Vorfestlegungen zu einer weiteren Verkomplizierung des Vertrags- und Vergütungsrechts durch Einführung einzelner Versorgungsformen und Modellvorhaben und damit Umsetzungsaufwand bei den verantwortlichen Akteuren führen und zum anderen das Leistungsgeschehen für die Bürgerinnen und Bürger unübersichtlicher gestalten.

Sofern an den Regelungen dennoch festgehalten werden soll, erscheint es sinnvoll, unter gesamtstrategischen Gesichtspunkten das Ziel, die Versäulung aufzulösen und Vertragsrecht stärker am Bedarf der zu Versorgenden auszurichten und nicht an starren, sektorengelunden Strukturen, im Blick zu halten. Dabei kann auch auf bekannte Vorschläge der Länder zur Erweiterung von Gesamtversorgungsverträgen zurückgegriffen werden, ohne dass es hierfür zunächst neuer Modellprojekte bedarf.

Zu Buchstabe c:

Angesichts oft langwieriger Vergütungsverhandlungen nebst sich anschließender Unterschriftenverfahren sind die Verfahren einheitlich und effizient auszugestalten. Hierzu gehört die Digitalisierung im Regelverfahren sowie die Erteilung von erforderlichen Vollmachten für verbindliche Ansprechpersonen, die zeitliche Begrenzung oft langwieriger Verhandlungen sowie Unterschriftenverfahren und die Etablierung einer in der Höhe begrenzten Anerkennungsfiktion zur Reduzierung von Liquiditätseingüssen. Die im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelungen sind insofern nicht konsequent genug. Außerdem braucht es wirkungsvolle Instrumente, wenn die Selbstverwaltung an ihre Grenzen stößt und vom Gesetz vorausgesetzte Strukturen wie Pflegesatzkommissionen, Arbeitsgemeinschaften oder aktuelle Landesrahmenverträge nicht umgesetzt werden.

Zu Buchstabe d:

Insbesondere die E-Mail hat im Alltagsleben als unkomplizierte und schnelle Kommunikationsform ohne technische Zusatzerfordernisse wie beispielsweise elektronischer Signaturen Einzug gehalten. Vor diesem Hintergrund sollten auch die rechtlichen Vorgaben dieser Entwicklung Rechnung tragen, soweit keine besonderen Anforderungen zwingend erforderlich sind.

Zu Buchstabe e bis i allgemein:

Der vorliegende Gesetzentwurf stellt einen wichtigen Schritt zur Stärkung des Pflegeberufs dar. Steigender Pflegebedarf und Fachkräftemangel erfordern den vollständigen Einsatz aller vorhandenen Kompetenzprofile.

Eine umfassende Stärkung der Pflege kann jedoch nur gelingen, wenn die Pflegeberufe berufsrechtlich und leistungsrechtlich als autonome und gleichberechtigte Professionen in der Gesundheitsversorgung anerkannt werden. Dazu bedarf es insbesondere einer klaren Definition und der deutlichen Erweiterung der heilkundlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen, welche sich auch in Abgrenzung zu der ärztlichen Behandlung wiederfinden muss.

Zu Buchstabe e:

Es sind weitergehende gesetzliche Änderungen zur Klarstellung und Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung notwendig, um die pflegerischen Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung über alle Versorgungsbereiche hinweg voll auszuschöpfen und um damit auch eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte zu erreichen.

Zu Buchstaben f bis g:

Die Einführung von standardisierten Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben sind wesentlich und werden grundsätzlich positiv bewertet. Mit den Regelungen wird implizit anerkannt, dass heilkundliche Aufgaben nicht mehr ausschließlich als ärztliche Aufgaben verstanden werden, sondern auch von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden können.

Das Voranstellen einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung schränkt die eigenverantwortliche Arbeit der Pflegefachpersonen jedoch unnötig ein und könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit verkomplizieren.

Zudem ist die Verwendung des Begriffs „ärztliche Behandlung“ nicht schlüssig, da heilkundliche Aufgaben folglich nicht mehr ausschließlich dem ärztlichen Bereich zuzuordnen sind. Erst eine entsprechende Anpassung der Gesetzestexte würde die Eigenständigkeit der Pflegeberufe nachhaltig verankern, sodass der gewachsenen Verantwortung und dem Kompetenzprofil der Pflegeberufe Rechnung getragen werden kann.

Zu Buchstabe h:

Eine intra- und interprofessionelle Delegation könnte die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team deutlich verbessern und die Verantwortung für die Versorgung stärker auf diejenigen verteilen, die über die entsprechende Expertise verfügen. Ohne solche Regelungen bleibt die Flexibilität in der Aufgabenverteilung eingeschränkt, was sich negativ auf die Effizienz und die Qualität der Versorgung auswirken kann.

Zu Buchstabe j:

Pflegeeinrichtungen beklagen zunehmend bürokratische Anforderungen, die sie für übermäßig halten. Die Melde-, Berichts- und Nachweis- beziehungsweise Darlegungspflichten sind in ihrer Anzahl und ihrer Komplexität in den letzten Jahren in ihrer Gesamtheit auf ein Maß angewachsen, das immer mehr Personalkapazitäten in Pflegeeinrichtungen, aber auch bei den Kostenträgern und sonstigen Akteuren in Anspruch nimmt und die Sicherstellung der pflegeri-

schen Versorgung gefährden kann. Dies betrifft zum Beispiel die Abrechnung von Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung, sowie die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege und von Hilfsmitteln, die Umsetzung der Tariflohnbindung, die Vergütungsverhandlungen, die Meldung von Qualitätsindikatoren sowie die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI).

Auch wenn diese Anforderungen nachvollziehbare Ziele verfolgen (zum Beispiel Wirtschaftlichkeit und Qualität der Pflege, angemessene Entlohnung), ist der Betrieb einer Pflegeeinrichtung mit komplexen Anforderungen verbunden, denen immer weniger mit angemessenem Aufwand begegnet werden kann. Vor diesem Hintergrund muss das gesamte System in den Blick genommen werden. Es bedarf einer konsequenten Vereinfachung und Flexibilisierung des Pflegeversicherungsrechts und mehr Vertrauen in die Pflege, um insbesondere auch den Betrieb auch einer kleinen Pflegeeinrichtung attraktiv zu machen. Hierauf hat bereits die 101. Arbeits- und Sozialministerkonferenz in ihrem Beschluss zu TOP 5.11 (Entbürokratisierung der Langzeitpflege) hingewiesen.

Einige Ansätze zum Bürokratieabbau im Gesetzentwurf werden ausdrücklich begrüßt (zum Beispiel Vereinfachungen bei der Meldung der Tariflöhne, Beschleunigung der Vergütungsverhandlungen, leichtere Aufnahme von Digitalen Pflegeanwendungen in das entsprechende Verzeichnis). Auch die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Rahmen der eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde und der Empfehlung von (Pflege-)Hilfsmitteln können zum Abbau von Bürokratie beitragen. Insgesamt führen viele Regelungen aber zu neuer Bürokratie. Viele Vorschriften werden erst durch komplexe Umsetzungsregelungen der Selbstverwaltung wirksam. Teilweise ist lediglich die Prüfung von Möglichkeiten zum Bürokratieabbau vorgesehen, anstatt Pflegenden und Pflegebedürftige umgehend zu entlasten. Notwendig ist aber eine grundlegende Vereinfachung des Leistungsrechts.

Zu Buchstabe k:

Die Steuerung und Organisation der pflegerischen Versorgung in der ambulanten Pflege einschließlich der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Sozialgesetzbüchern und Leistungserbringern stellt für pflegende An- und Zugehörige oft eine große Herausforderung dar. Es ist daher zu befürchten, dass eine angemessene Pflege in der eigenen Häuslichkeit nicht immer sichergestellt werden kann.

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten ist Aufgabe der Pflegekassen (§ 12 SGB XI). Der Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen (§ 7a SGB XI) erfasst bereits große Teile des Case Managements (zum Beispiel Erstellung und Umsetzung individueller Versorgungspläne). Pflegebedürftige müssen die Umsetzung aber auch einfordern können. Soweit weder der oder die Pflegebedürftige noch eine andere Person die Steuerung und Organisation der Versorgung sicherstellen kann, sollte ein über die Pflegeberatung hinausgehendes Case Management zur Verfügung stehen. Die neue Verpflichtung der Pflegekassen, Pflegegeldempfänger auf bestehende Beratungsmöglichkeiten hinzuweisen, reicht nicht aus. Die Verantwortung für das Case Management sollte weiterhin grundsätzlich (also unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung) bei den Pflegekassen liegen und kommunale

Strukturen berücksichtigen. Das Case Management könnte zum Beispiel in Pflegestützpunkten oder von Community Health Nurses erbracht werden.

Zu Buchstabe l:

Nach dem Gesetzentwurf sollen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen entweder im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes (auf Grundlage der seit dem 1. Januar 2025 geltenden Regelungen) oder im Rahmen von bundesweit einheitlichen Weiterbildungen zusätzliche heilkundliche Kompetenzen erwerben können.

Wenn dies der Fall ist, sollte – mit Blick auf eine breite Sicherstellung der Versorgung – eine Integration der Heilkundemodule erst recht auch in additiven und ausbildungsintegrierenden dualen Bachelorstudiengängen Pflege möglich sein – und nicht nur in primärqualifizierenden Studiengängen nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes, wie bisher geregelt.

Dies gilt insbesondere mit Blick auf den weiterentwickelten Heilkundebegriff in § 4a PflBG und die damit einhergehende eigenverantwortliche Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen, wobei allein auf die erforderlichen fachlichen Kompetenzen abgestellt wird, unabhängig davon, im Rahmen welcher Ausbildung diese erworben wurden.

Zu Buchstabe m:

Der Bundesrat anerkennt die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzesentwurfs.

Der nun vorgelegte Gesetzentwurf erscheint jedoch nicht geeignet, um die weitreichenden Herausforderungen, die sich mit Blick auf den demografischen Wandel und die stark steigende Zahl Pflegebedürftiger stellen, zielführend anzugehen. Statt einer notwendigen Förderung des Grundsatzes ambulant vor stationär und einer Stärkung von Strukturen, die Selbstbestimmung und Teilhabe fördern und dazu beitragen, dass Fachkräfte nur dort eingesetzt werden, wo sie unbedingt notwendig sind, führen die beabsichtigten Regelungen zu einer Schwächung der zur Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit dringend notwendigen gemeinschaftlichen Wohnformen und verhindern die dringend notwendige Fokussierung auf das Quartier und die Nachbarschaft.

Zu Buchstabe n:

Bei der erforderlichen Überarbeitung des Gesetzesentwurfs ist daher sicherzustellen, dass auch für ambulante Wohngruppen eine dem § 43c SGB XI entsprechende Regelung erarbeitet wird. Ein schnell umsetzbarer erster Schritt zur Reduzierung der Eigenanteile ist mindestens eine Erhöhung des Wohngruppenzuschlags also auf 450 Euro. Außerdem ist es dringend erforderlich, im SGB XII eine Regelung zu implementieren, die es dem Sozialhilfeträger ermöglicht, bei Bedarf den notwendigen Einsatz von Präsenzkraften in diesen Wohnformen zu finanzieren. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass die bisherige Systematik ambulant/stationär für gemeinschaftliche Wohnformen, deren Bewohnerinnen und Bewohner auf Versorgungssicherheit rund um die Uhr angewiesen sind, nur schwer abbildbar ist. Die Möglichkeit, Personal einzusetzen und pauschal zu finanzieren, das 24 Stunden am Tag anwesend ist, den Alltag begleitet, Gruppenprozesse steuert und hauswirtschaftliche Leistungen erbringt, ist grundsätzlich sinnvoll.

Zu Buchstabe o:

Damit pflegebedürftige Menschen auch zukünftig in ihrem vertrauten Quartier wohnen bleiben können, sind Angebote notwendig, die ihre Selbstwirksamkeit, Selbsthilfefähigkeiten und Teilhabemöglichkeiten stärken, nachbarschaftliche Begegnung und gegenseitige Unterstützung fördern und Versorgungssicherheit, auch in der Nacht, gewährleisten.

Dazu ist die Möglichkeit zur regelhaften Implementierung und Finanzierung entsprechender Unterstützungsstrukturen, wie sie in Ansätzen, die auf das Bielefelder Modell zurückgehen, inzwischen bundesweit an vielen Orten umgesetzt werden, notwendige Voraussetzung.

Zu Buchstabe p:

Die Einführung eines Prüf- oder Interventionsmechanismus sollte erfolgen, um zu gewährleisten, dass die nunmehr gesetzlich eröffnete Möglichkeit im Klageverfahren gerichtsfest sein wird.