KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



ENTWURF EINES GESETZES ZUR NEUORDNUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG (PFLEGENEUORDNUNGSGESETZ)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG VOM 30. SEPTEMBER 2026

3. NOVEMBER 2026

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG 3

ZUSAMMENFASSUNG 3

KOMMENTIERUNG 4

1 ART. 1 NR. 6 – § 7 SGB XI AUFGABEN DER PFLEGEKASSEN 4

2 ART. 1 NR. 6 – § 7A PFLEGE-COCKPIT 4

3 ART. 1 NR. 8 – § 7C-7D PFLEGEBEGLEITUNG 4

4 ART. 1 NR. 13 – § 11 ABS. 2 SGB XI FÖRDERUNG VON INNOVATION UND DIGITALSIERUNG 5

5 ART. 1 NR. 32 – § 39A SGB XI PFLEGESACHLEISTUNGEN IN PFLEGERISCHEN AKUTSITUATIONEN 6

6 ART. 4 NR. 5 – § 25 SGB V GESUNDHEITSUNTERSUCHUNGEN 6

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV hält an ihrer bereits im Rahmen des Referentenentwurfs vorgetragenen Bewertung fest.

Grundsätzlich zu begrüßen sind nach wie vor die in § 11 angesetzten Förderungen von Innovation und Digitalisierung im Pflegewesen. Dass nach der finanziellen Förderung der Krankenhäuser nun auch Pflegeeinrichtungen bei der Digitalisierung, etwa bei der Anschaffung von IT-Ausstattung und der Qualifizierung von Personal, in Höhe von rund 1,6 Mrd. Euro unterstützt werden sollen, belegt, dass der grundsätzliche Bedarf an staatlicher finanzieller Förderung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen besteht und anerkannt wird.

Umso mehr stellt sich die Frage, warum weiterhin keine staatliche Unterstützung von Digitalisierungsmaßnahmen im ambulanten Sektor vorgesehen wird. Diese Unterstützung wird sowohl von den Praxen zur Finanzierung weiterer erforderlicher Investitionen in sichere und interoperable digitale Infrastruktur als auch dringend für den Ausbau und die Skalierung der 116117 benötigt, die als wichtiges Element eines anstehenden Primärversorgungssystems geplant ist. Insbesondere in letzterem Fall handelt es sich zudem um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu deren Finanzierung der Bund umso mehr verpflichtet ist.

In diesem Zusammenhang stellt die KBV mit Bedauern fest, dass die geplanten Initiativen und damit verbundenen Anforderungen der parallel laufenden Gesetzgebungsverfahren wie beispielsweise dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) und der Notfallreform nicht aufgegriffen wurden. Insbesondere das Zusammenspiel des Notdienstes in der ambulanten Pflege mit dem Patientenservice 116117 bleibt (einschließlich technischer Anbindung und Finanzierung) offen.

Im Übrigen wurden die bereits gegenüber dem Referentenentwurf vorgetragenen Anmerkungen nicht berücksichtigt. Die KBV hält ihre Einwände daher unverändert aufrecht. Einzelheiten werden nachfolgend dargestellt.

KOMMENTIERUNG

1 ART. 1 NR. 6 – § 7 SGB XI AUFGABEN DER PFLEGEKASSEN

Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 7 Abs. 2 SGB XI wird geregelt, dass die Pflegekassen aktiv darauf hinwirken, dass Verträge zwischen Vertragsärzten und Pflegeinrichtungen nach § 119b SGB V zustande kommen.

Bewertung

Diese Regelung wird begrüßt.

2 ART. 1 NR. 6 – § 7A PFLEGE-COCKPIT

Beabsichtigte Neuregelung

Das geplante Pflege-Cockpit der Pflegekassen soll Patienten und ihren Zugehörigen umfangreich und transparent Informationen insbesondere über Ihre Versorgungs- und Beratungsmöglichkeiten und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen geben.

Bewertung

Dies ist grundsätzlich im Sinne der Patienten eine sinnvolle Möglichkeit zur Stärkung der Patientensouveränität und der Qualität der Versorgung. Die unterschiedliche digitale Kompetenz der oftmals hochbetagten, multimorbiden pflegebedürftigen Patienten wird nicht berücksichtigt. Allerdings wird an dieser Stelle nur angedeutet, wie diese auch in Teilen für die medizinische Versorgung relevanten Informationen auch Ärzten zur Versorgung gestellt werden können. Lediglich in der Begründung heißt es, dass „bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits der Konzeption zudem ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht und berücksichtigt“ werden müsse. Aus Sicht der Versicherten sind Lücken vorliegender, essenzieller Informationen aufgrund fehlender Abstimmung der unterschiedlichen sozialen Versicherungssysteme nicht hinnehmbar. Insbesondere in Anbetracht einer besser koordinierten und gesteuerten medizinischen und pflegerischen Versorgung ist die Anlage eines Pflege-Cockpits konsequent patientenzentriert und damit versicherungssystemübergreifend (SGB V und SGB XI) auf den Weg zu bringen. Der Zugang zu relevanten Pflegeinformationen durch Hausärzte oder behandelnde Fachärzte sollte dabei nicht nur über die elektronische Patientenakte (ePA), sondern mit Einverständnis der Versicherten durch entsprechende Zugriffsrechte unterstützt werden.

3 ART. 1 NR. 8 – § 7C-7D PFLEGEBEGLEITUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Zum 1. Januar 2028 wird ein Anspruch auf Pflegebegleitung für Pflegebedürftige und ihre Zugehörigen eingeführt. Diese Begleitung soll fachkompetent und präventionsorientiert sein. Ihr Aufgabenspektrum ist breit und reicht von der Organisation des Versorgungsarrangements über die Unterstützung beim Entlassmanagement bis hin zu einem intensivierten Fallmanagement bei komplexerem Bedarf.

Bewertung

Eine konsequente und gut qualifizierte Begleitung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Zugehörigen hat grundsätzlich das Potenzial, die Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern. Sowohl die Pflegebegleitung als auch das Fallmanagement können Brüche in der Versorgung vermeiden. Die

aufgezählten Aufgaben sind hier zielführend gewählt und bedürfen der näheren Konkretisierung, wie in der Pflegebegleitungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1a SGB XI vorgesehen.

Aus Sicht der KBV fehlt es auch bei der Pflegebegleitung an einer geeigneten Verbindung mit der von der Regierung geplanten Steuerung durch das Primärversorgungssystem, nämlich in erster Linie durch die Hausärzte. Die Vernetzung der Pflegebegleitung mit der insbesondere bei Pflegepatienten wichtigen hausärztlichen Versorgung ist essenziell. Insofern sollten behandelnde Hausärzte oder, sofern es die Situation gebietet, auch behandelnde Fachärzte über Maßnahmen und Ergebnisse der Pflegebegleitung zumindest informiert werden. Die Bereitstellung und Ergänzung weiterer Berufe in komplexen Versorgungsgeschehen ist naheliegend und kann die Versorgung verbessern, birgt aber die Gefahr der weiteren Fragmentierung der Versorgung durch Hinzufügung weiterer, in sich geschlossener Tätigkeitsfelder. Insofern ist der Vernetzung mit an der Versorgung unmittelbar beteiligten, relevanten Arztgruppen entsprechend hohe Bedeutung beizumessen. Dies wäre beispielsweise möglich durch den Einbezug entsprechenden Sachverstandes in die Entwicklung der Anforderungen an Pflegebegleitpersonen nach § 7d Abs. 2 SGB XI.

4 ART. 1 NR. 13 – § 11 ABS. 2 SGB XI FÖRDERUNG VON INNOVATION UND DIGITALSIERUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden zehn Millionen Euro für die Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen in Form von Modellvorhaben zur Verfügung gestellt (Pflegenottelefon). Dabei soll insbesondere die intersektorale Vernetzung mit telefonischen Angeboten des Notdienstes nach § 75 Abs. 1b SGB V (zukünftig nach dem Notfallgesetz notdienstliche Akutversorgung) sichergestellt werden.

Bewertung

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Einführung eines pflegerischen Notdienstes (siehe hierzu auch die Kommentierung zum § 39a SGB XI) und den Ausbau von digitalen und bedarfsgerechten Steuerungsmöglichkeiten. Auch ist es richtig, die Vernetzung mit der vertragsärztlichen Versorgung, nämlich der Versorgungsplattform 116117 zu verbessern. Der Versorgungsplattform 116117 wird zukünftig nicht nur durch die Notfallreform, sondern auch durch die geplante digitale Bedarfseinschätzung im GeDIG und das geplante Primärversorgungssystem eine zentrale Steuerungsfunktion zukommen.

Nach dem geplanten § 360b SGB V in der Fassung des GeDIG sollen Versorgungsanlässe dahingehend geprüft werden, ob diese auch durch nichtärztliches Fachpersonal bewältigt werden können. Zwar wird in der Begründung zur Regelung der Modellvorhaben darauf verwiesen, dass Doppelstrukturen vermieden werden sollen. Modellvorhaben können jedoch hier nur zeitversetzt versorgungspraktische Hinweise liefern und greifen insgesamt zu kurz. Aus Sicht der KBV sollte der gesamte Kontext der derzeit parallel laufenden Gesetzesvorhaben betrachtet und eng verknüpft werden. Ein solches SGB V- und SGB XI-übergreifendes Gesamtkonzept, wie es aus Versichertensicht erforderlich und dringlich ist, geht aus den vorliegenden Gesetzentwürfen bislang nicht hervor. Hierzu gehört auch eine adäquate Strukturfinanzierung der Versorgungsplattform 116117 um letztlich auch den geplanten Pflegenotdienst bedarfsgerecht anbinden und, sofern erforderlich, disponieren zu können.

5 ART. 1 NR. 32 – § 39A SGB XI PFLEGESACHLEISTUNGEN IN PFLEGERISCHEN AKUTSITUATIONEN

Beabsichtigte Neuregelung

Für den Fall, dass keine adäquate häusliche Pflege durchgeführt werden kann, wird ein Anspruch auf Pflegesachleistung in pflegerischer Akutsituationen eingeführt. Dieser Anspruch umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen.

Bewertung

Die Einführung eines unbürokratischen und schnell verfügbaren Pflegenotdienstes wird begrüßt. Aus Sicht der KBV ist er grundsätzlich gut geeignet, pflegebedürftige Patienten in der Häuslichkeit stabilisieren und Notfallstrukturen entlasten zu können. Schon in Sachverständigenratsgutachten wurde auf den Umstand hingewiesen, dass Pflegenotsituationen häufig durch den KV-Notdienst oder aber in den Notaufnahmen von Kliniken versorgt werden. Mit der passgenauen Einrichtung eines Pflegenotdienstes können solche aufwendigen Einsätze vermieden werden. Die in der Gesetzesbegründung angeführte Notwendigkeit eines Dienstes, der auch am Wochenende und außerhalb der üblichen Arbeitszeiten verfügbar ist, wird unterstützt.

Die Aufgaben des neuen Pflegenotdienstes sind inhaltlich von der künftigen notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1a SGB V abzugrenzen. Gleichzeitig ist die Kooperation und Anbindung dieses Notdienstes an die Versorgungsplattform 116117 essenziell. Durch das Notfallgesetz wird ein fahrender Dienst rund um die Uhr etabliert, in dem auch nichtärztliche Fachkräfte zum Einsatz kommen sollen. Aus Sicht der KBV sollten hier nicht parallele, aufeinander unabgestimmte Angebote entstehen, sondern der neue Pflegenotdienst eng an die Disposition der Versorgung durch die Versorgungsplattform 116117 angebunden werden. Dies gilt umso mehr, da im geplanten GeDIG eine digitale Bedarfsermittlung und Steuerung auch zu nichtärztlichen Versorgungsangeboten erfolgen soll.

Die nach § 69 Abs. 1a SGB XI durch die Pflegekassen zu schließenden ergänzenden Verträge zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung sind ein erster wichtiger Schritt zur Etablierung eines pflegerischen Notdienstes, greifen deshalb allerdings zu kurz. Insofern ist die technische Vernetzung des Pflegenotdienstes über geeignete Schnittstellen mit der Gesundheitsleitstelle nach dem Notfallgesetz dringend erforderlich und sollte vorgegeben werden.

6 ART. 4 NR. 5 – § 25 SGB V GESUNDHEITSUNTERSUCHUNGEN

Beabsichtigte Neuregelung

In § 25 SGB V soll ein ergänzender Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr eingeführt werden, um altersbedingten gesundheitlichen Risiken frühzeitig begegnen zu können. In der Begründung werden beispielsweise Demenz, Mangelernährung, Sturzneigung und Polypharmazie genannt. Hinweise nach § 25b SGB V sollen berücksichtigt werden. Es handelt sich nicht um eine eigenständige Früherkennungsuntersuchung, sondern um eine Ergänzung der Gesundheitsuntersuchungen. Inhalte und Turnus sollen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) bis zum 31. Dezember 2028 festgelegt werden.

Bewertung

Grundsätzlich ist ein ergänzender Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr nicht zu beanstanden, zumal die konkrete Ausgestaltung in die Hände der Selbstverwaltung gelegt wird. Dabei kann auch die Prüfung der Geeignetheit einzelner Früherkennungsleistungen unter Berücksichtigung des medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstands erfolgen. Allerdings ist die geplante Regelung nicht kohärent mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungs-gesetz (GKV-BStabG), welches eine Überprüfung von Gesundheitsuntersuchungen vorsieht. Insbesondere

aber sieht es die Deckelung von Ausgaben für Gesundheitsuntersuchungen vor. Die Finanzierung für Prävention und Früherkennung zu kürzen und zugleich neue Leistungen in diesem Bereich einzuführen ist schwer miteinander zu vereinbaren. Die angedachte Regelung droht daher nur „auf dem Papier“, aber nicht in der Versorgung, zur Geltung zu kommen. Zudem ist offen, inwiefern mit der Einführung eines solchen Früherkennungsangebots tatsächlich die in der Begründung anvisierten Einsparungen erzielt werden können. Die Verknüpfung mit Hinweisen nach § 25b SGB V wird von der KBV wegen grundsätzlicher Vorbehalte abgelehnt. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahmen zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und zum Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG).

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.