



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
02.10.2025
gel. VB zur öffent. Anh. am
08.10.2025 - Pflege
02.10.2025



ENTWURF EINES GESETZES ZUR BEFUGNISERWEITERUNG UND ENTBÜROKRATISIERUNG IN DER PFLEGE

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG VOM 6. AUGUST 2025

16. SEPTEMBER 2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	3
KOMMENTIERUNG	3
ART. 3 NR. 17 UND 19 SGB V (VERTRAGSÄRZTE IM NOTDIENST)	3
ART. 3 NR. 20 SGB V (SICHERSTELLUNG DER FINANZIERUNG DER AUFGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN)	4
ART. 3 NR. 21 §112 SGB V (EIGENVERANTWORTLICHE ERBRINGUNG VON LEISTUNGEN DURCH PFLEGEFACHPERSONEN IM RAHMEN DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG)	5
ART. 3 NR. 31 SGB V – § 291 ABS. 9 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE)	6
ART. 3 NR. 35 – § 342 ABS. 2-2A SGB V (ANGEBOT UND NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)	6
ART. 3 NR. 36 – § 347 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEHANDLUNGSDATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER)	7
ART. 3 NR. 45 – § 399 ABS. 1-2 SGB V (STRAFVORSCHRIFTEN)	7

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 begrüßt die Intention des Gesetzgebers mit Blick auf den demografischen Wandel den Ausbau einer gestuften und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung und damit auch die Weiterentwicklung der Pflegekompetenzen anzugehen. Aus Sicht der KBV ist es wichtig, keine neuen und entbehrlichen Schnittstellen zwischen den Professionen oder Doppelungen von Versorgungsangeboten zu schaffen, sondern vielmehr integrierte Versorgungsmöglichkeiten zu fördern.

Die KBV begrüßt insbesondere den Regelungsvorschlag, der es ermöglicht, Daten in die elektronische Patientenakte dann nicht einzustellen, wenn dem erheblich therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegen.

Für die grundsätzliche Kommentierung verweisen wir auf die Stellungnahme vom 11. Juli 2026 zum Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetz. Im folgenden Text werden nur neue Ergänzungen kommentiert.

KOMMENTIERUNG

ART. 3 NR. 17 UND 19 SGB V (VERTRAGSÄRZTE IM NOTDIENST)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 95 Abs. 3a SGB V-neu sind Tätigkeiten der Vertragsärzte im Notdienst sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung ihrer Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten. Flankierend zu dieser Regelung sollen nach § 81 Abs. 6 SGB V-neu die Satzungen der KVen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Die KVen können zudem die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die an dem Notdienst teilnehmenden Ärzte festlegen.

Bewertung

Die gesetzlichen Klarstellungen, die zur Rechtssicherheit bei der Gestaltung des vertragsärztlichen Notdienstes führen, werden begrüßt. Die Verortung der Notdienstregelungen im Satzungsrecht der KVen ist dagegen nicht zielführend. Bislang haben die KVen die Notdienst- und Bereitschaftsdienstordnung als sonstiges autonomes Recht verabschiedet. Eine Einordnung als Satzungsrecht würde neben bürokratischem Mehraufwand durch die in den Satzungen der KV für Satzungsänderungen vorgesehenen Zweidrittelmehrheiten zu Hürden führen, die etwaigen zügigen Anpassungsbedarfen im Wege stünden. Es bietet sich daher an, die Regelung zu den Sicherstellungspauschalen im fachlichen Zusammenhang in § 75 Abs. 1b SGB V zu verorten. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die Formulierung so angepasst

werden sollte, dass auch die Tätigkeit von Vertragsärzten über den originär vertragsärztlichen Notdienst hinaus erfasst sein sollte, da eine Aufspaltung der Arbeit von Vertragsärzten im Notdienst zwischen erforderlichen und nicht erforderlichen Zeiten praktisch nicht umsetzbar wäre.

Im Übrigen sollte in Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Abs. 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes bzw. Bereitschaftsdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, zur weitergehenden Klarstellung eine entsprechende Ausnahme in einem neuen § 23c Absatz 3 SGB IV vorgesehen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Verortung der Regelung zur Sicherstellungspauschale in § 75 Abs. 1b SGB V
 - Ausnahmeregelung in § 23c SGB IV
-

ART. 3 NR. 20 SGB V (SICHERSTELLUNG DER FINANZIERUNG DER AUFGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 105 SGB V wird geregelt, dass auch die durch die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen entstandene Honorarsystematik im hausärztlichen Versorgungsbereich bei der Bildung des Strukturfonds berücksichtigt werden kann.

Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden durch die zunehmende Bedeutung von Selektivverträgen nach § 73b SGB V und 140a SGB V sowie durch die Neuaufstellung der Regelungen zu den sog. Hybrid-DRG nach § 115f SGB V und der ASV nach § 116b SGB V relevante Vergütungsanteile ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Dies führt dazu, dass die so ausgezahlten vertragsärztlichen Vergütungen im Regelfall sowohl bei der Vereinnahmung der Verwaltungskostenbeiträge als auch bei der Bildung des Strukturfonds nach § 105 SGB V unberücksichtigt bleiben. Da jedoch wesentliche Verwaltungstätigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin bestehen bleiben, entsteht hieraus schon aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit die Notwendigkeit, auch für diese Vergütungsbestandteile sowohl Verwaltungsbeiträge als auch Mittel für den Strukturfonds erheben zu können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Klarstellung der Satzungsermächtigung nach § 81 SGB V

§ 81 Abs. 1 Ziffer 5 wird dahingehend klarstellend ergänzt, dass sich die „Aufbringung der Mittel“ auf Einnahmen aus der gesamten Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung erstrecken kann.

- › Anpassung der Regelung zur Bildung des Strukturfonds

§ 105 Abs. 1a SGB V wird dahingehend ergänzt, dass im Falle von bereinigungsrelevanten Vergütungsanteilen die Bereinigungssumme um jeweils bis zu 0,4 Prozent (Strukturfondsanteil der Vertragsärzte und der Krankenkassen) reduziert wird, wobei diese Summe dann den Strukturfonds zur Verfügung steht. In den Folgeänderungen wäre dann in den entsprechenden bereinigungsrelevanten Vorschriften (z.B. § 73b SGB V,

§ 140a SGB V, § 115f SGB V) ebenfalls zu regeln, dass sich der Auszahlungsbetrag der Krankenkassen in diesen Verträgen um jeweils bis zu 0,2 Prozent für den vertragsärztlichen Anteil am Strukturfonds reduziert.

ART. 3 NR. 21 §112 SGB V (EIGENVERANTWORTLICHE ERBRINGUNG VON LEISTUNGEN DURCH PFLEGEFACHPERSONEN IM RAHMEN DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 73 d neu wird im aktuellen Kabinettsentwurf in Absatz 2 Satz 3 die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Stellungnahme-berechtigte Institution ergänzt. Gleichzeitig erhält die DKG das Recht an den Sitzungen der Verhandlungsparteien teilzunehmen. Eine entsprechende Regelung für die KBV fehlt im §112 neu.

Bewertung

Grundsätzlich ist diese Neuregelung unter dem Aspekt zu begrüßen, dass für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Versorgung für den ambulanten und stationären Bereich gleiche Voraussetzungen geschaffen werden. Um dies jedoch konsequent umzusetzen und die entsprechende inhaltliche Verzahnung zu gewährleisten, sollte die KBV auch entsprechende Rechte bei der Verhandlung nach § 112 SGB V erhalten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Anpassung des § 112 Abs. 2:

„(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Nummer 1 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen können. Soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlungen Abweichungen geboten sind, haben die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien dieselben Festlegungen zu treffen, die von den in § 73d Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern nach § 73d Absatz 2 Satz 1 getroffen wurden. **Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. § 73d Absatz 2 Satz 4 bis 5 gilt entsprechend.**“

ART. 3 NR. 31 SGB V – § 291 ABS. 9 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 291 Abs. 9 SGB V soll die Möglichkeit zu Anforderung einer elektronischen Ersatzbescheinigung durch die Leistungserbringer über eine KIM-Nachricht an die betroffene Krankenkasse eröffnet werden.

Bewertung

Die KBV unterstützt die vorgeschlagene Regelung, nach der Arztpraxen den Service der Anfrage des Anspruchsnachweises anbieten können. Dies ermöglicht die Verwendung der elektronischen Ersatzbescheinigung auch für Versicherte, die das Verfahren nach Satz 1 nicht selbstständig anstoßen können. Da die Leistungserbringer und die in Arztpraxen eingesetzte Software unmittelbar von den Regelungen betroffen sind, sollte die Ausgestaltung der Regelungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer geschehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› § 291 Abs. 9 Satz 6 sollte wie folgt geändert werden:

Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 4 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im **Einvernehmen** mit den Verbänden der Leistungserbringer.

ART. 3 NR. 35 – § 342 ABS. 2-2A SGB V (ANGEBOT UND NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)

Beabsichtigte Neuregelung

Änderung der Frist zur Bereitstellung von Daten aus der ePA zu Forschungszwecken. Anstelle von sechs Monaten nach Bereitstellung der ePA, müssen die Daten spätestens zum 31. März 2026 bereitgestellt werden. Die Frist zur Unterstützung des dgMP durch die ePA wird auf den 31. März 2026 verschoben.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Verschiebung der Fristen grundsätzlich. Das dgMP darf erst dann flächendeckend in die Versorgung eingeführt werden, wenn eine ausreichend lange Phase der Implementierung in die Primärsysteme der Leistungserbringer, eine nachfolgende ausreichend lange Erprobung sowie eine daraus ggf. erwachsende nochmalige Fehlerbehebung sichergestellt sind.

ART. 3 NR. 36 – § 347 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEHANDLUNGSDATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach ärztlichem Ermessen darf davon abgesehen werden, Daten in die elektronische Patientenakte einzustellen, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter dem Entgegenstehen oder gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegen. Die Gründe dafür müssen in der Behandlungsdokumentation protokolliert werden.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung grundsätzlich. Sie erweitert die Richtlinie, die die KBV in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im April 2025 verabschiedet hat, in dem Sinne, dass alle Altersgruppen von dieser Regelung betroffen sind.

Es muss jedoch vermieden werden, dass die die Patienten schützenden Regelungen durch ein Einstellen von Abrechnungsdaten konterkariert werden, indem aus Abrechnungsdaten Daten in die Patientenakte eingestellt werden, deren Einstellen sinnvollerweise aus therapeutischen Gründen unterbunden werden soll. Daher sollten ergänzende Regelungen getroffen werden, die die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Abrechnungsdaten in die ePA durch Kassen nur so übermittelt werden können, dass nur der Versicherte selbst sie einsehen kann. Diese Daten sollten durch entsprechende technische Vorkehrungen auch nicht ohne Weiteres anderen Zugriffsberechtigten zur Verfügung gestellt werden können.

Darüber hinaus sollten Regelungen getroffen werden, die der gematik als Grundlage dienen, technische Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten zunächst nur für den Versicherten sichtbar sind, bevor dieser einen Zugriff auf diese Daten für einen ihn Behandelnden möglich machen kann.

Weiterhin sollten zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Vollendung des 15. Lebensjahres eine Regelung in das Gesetz aufgenommen werden, die sicherstellt, dass Versicherte ab dem 15. Lebensjahr ausschließlich selbst Zugriff auf ihre elektronische Patientenakte haben und dass durch die Krankenkassen Abrechnungsdaten erst nach Vollendung des 15. Lebensjahres in die elektronische Patientenakte eingestellt werden dürfen.

ART. 3 NR. 45 – § 399 ABS. 1-2 SGB V (STRAFVORSCHRIFTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Strafvorschriften werden um die Regelung zum sicheren Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen in § 340a ergänzt. Die unbefugte Weitergabe oder eine nicht (rechtzeitig) veranlasste Sperrung, können ebenfalls mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit einer Geldstrafe bestraft werden. Die Dauer einer möglichen Freiheitsstrafe bei Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht der Bereicherung oder Schädigung einer anderen Person, wird von drei auf zwei Jahre reduziert.

Bewertung

Die aktuelle Regelung wird von der KBV abgelehnt. Das Hinzufügen von weiteren Strafvorschriften gegen Ärzte und Psychotherapeuten im Hinblick auf die Nutzung der Telematikinfrastruktur ist nicht sachgerecht.

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 189.000 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, beispielsweise 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.