

Stellungnahme der FgSKW e. V. zur Wiedereinführung von Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung

Pflegefachliche Bedenken zu § 127 Abs. 1c und 1d SGB V (Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, Bundestagsbeschluss vom 15. Oktober 2026)

1. Anlass

Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW) lehnt die Wiedereinführung von Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung aus pflegefachlicher Sicht ab. Der Deutsche Bundestag hat am 15. Oktober 2026 mit dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung beschlossen, dass Krankenkassen Hilfsmittelversorgungen wieder ausschreiben dürfen (§ 127 Abs. 1c und 1d SGB V). Der Bundesrat berät das Gesetz am 20. November 2026.

Die FgSKW vertritt Pflegeexpert:innen, die Menschen mit Stoma, mit Inkontinenz, mit intermittierendem Selbstkatheterismus (ISK) und mit chronischen Wunden täglich versorgen, anleiten und begleiten. Aus dieser Praxis heraus legen wir dar, welche Risiken die beschlossene Regelung für die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und die Teilhabe der Betroffenen mit sich bringt.

2. Das Wichtigste in Kürze

- **Hilfsmittelversorgung ist ein pflegerischer Prozess, kein Produktkauf.** Bei einer Versorgung in den Bereichen Stoma, ISK und Inkontinenz gehören Einschätzung, Produktauswahl, Anleitung, Kontrolle und Anpassung untrennbar zur Versorgung. Ausschreibungen trennen Produkt und Pflegeleistung.
- **Pflegebedarf feststellen und planen ist Vorbehaltsaufgabe.** Nach § 4 PflBG ist das Pflegefachpersonen vorbehalten. Dafür müssen sie vor Ort verfügbar sein.
- **Kostendruck trifft das Personal.** Wird bei Pflegefachpersonen gespart, fallen Beratung und Schulung zuerst weg; Komplikationen und Folgekosten steigen.
- **Passgenauigkeit entscheidet über Komplikationen.** Ungeeignete, nicht bedarfsgerecht angepasste Produkte führen zu Leckagen, peristomalen und inkontinenzassoziierten Hautschäden, Harnwegsinfekten und Druckgeschwüren.
- **Kontinuität ist ein Behandlungsfaktor.** Ein Versorgerwechsel nach jeder Vergaberunde unterbricht eingespielte Versorgungsbeziehungen und gefährdet die mühsam aufgebaute Selbstmanagementkompetenz der Betroffenen.
- **Die Schutzklauseln wirken nicht.** Ob eine Versorgung „in der Regel“ nicht ausschreibungsfähig ist, entscheiden die Krankenkassen selbst. Pflegefachliche Expertise ist daran nicht beteiligt. Zusätzlich entfällt faktisch die freie Wahl unter mehreren Vertragspartnern, und mit ihr die Wechselmöglichkeit bei Unzufriedenheit.
- **Die Evaluation misst das Falsche.** Pflegesensitive Ergebnisse wie Hautintegrität, Komplikationsraten, Beratungsqualität und Selbstmanagement sind nicht vorgesehen.

- **Die FgSKW fordert:** Streichung von § 127 Abs. 1c und 1d SGB V; hilfsweise einen verbindlichen Ausschluss von Stoma-, ISK- und Inkontinenzversorgungen sowie die Beteiligung der Pflegewissenschaft an Empfehlungen und Evaluation.

3. Pflegefachliche Bedenken im Einzelnen

3.1 Die Versorgung ist individuell und nicht standardisierbar

Welches Produkt passt, hängt von Körperform, Hautzustand, Art und Konsistenz der Ausscheidung, Handfunktion, Sehvermögen und kognitiven Fähigkeiten ab. Diese Faktoren verändern sich im Verlauf, etwa durch Gewichtsveränderung, Hernienbildung, Bestrahlung oder Chemotherapie. Eine gute Versorgung ist daher das Ergebnis einer fortlaufenden pflegefachlichen Einschätzung und keine einmalige Produktentscheidung.

Die Finanzkommission Gesundheit hat Ausschreibungen für „standardisierbare“ Hilfsmittel empfohlen. Stoma-, ISK- und Inkontinenzversorgungen erfüllen dieses Kriterium aus pflegefachlicher Sicht nicht.

DNQP, Expertenstandard Kontinenzförderung, Aktualisierung 2024 (Einschätzung bei veränderter Situation).

3.2 Stomaversorgung: Leckage und peristomale Hautschäden

Menschen mit Stoma brauchen ein auf Stomaform, Stomalage und auf ihre individuelle Körperform abgestimmtes System. Schon kleine Abweichungen bei Haftfläche, Konvexität oder Ausschnitt führen zu Unterwanderung und Leckage. Die Folgen sind peristomale Hautschäden, Schmerzen, häufigere Wechsel, höherer Materialverbrauch und Angst vor Kontrollverlust in der Öffentlichkeit, und damit oft der soziale Rückzug der Betroffenen.

Besonders gefährdet sind Menschen mit retrahiertem oder prolabierte Stoma, mit parastomaler Hernie und mit Ileostomie. Ihre Versorgung erfordert spezialisierte Produkte und häufig mehrere Anpassungen. Ein auf den Preis ausgerichteter Zuschlag schränkt die Produktauswahl ein.

Quellen: Herlufsen P et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. Br J Nurs 2006;15(16):854–862. doi:10.12968/bjon.2006.15.16.21848 ; Nybaek H et al. Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors. Acta Derm Venereol 2009;89:64–67. doi:10.2340/00015555-0536

3.3 Intermittierender Selbstkatheterismus: Schulung und Infektionsschutz

ISK ist eine schulungsintensive Selbstpflegehandlung.

Der Erfolg hängt davon ab, dass Kathetertyp, Beschichtung, Länge und Handhabung zur Handfunktion und Lebenssituation passen und dass eine vertraute Fachperson erreichbar bleibt. Ein erzwungener Produkt- oder Versorgerwechsel bedeutet neue Anleitung, Unsicherheit und Anwendungsfehler. Anwendungsfehler begünstigen Harnwegsinfektionen und Harnröhrenverletzungen.

Quellen: EAUN-Leitlinie „Urethral intermittent catheterisation in adults“ (2024); AWMF-S2k-Leitlinie 043/048 „Management und Durchführung des Intermittierenden Katheterismus“, Update 3.0 vom Februar 2026

3.4 Inkontinenzversorgung: Haut, Infektionen und Pflegeaufwand

Saugleistung, Passform und Hautverträglichkeit entscheiden über die Hautintegrität. Unzureichende Produkte führen zu inkontinenzassoziierter Dermatitis, Infektionen und Geschwüren im Genital- und Analbereich. Bei immobilen Menschen erhöht feuchte, geschädigte Haut das Risiko für Druckgeschwüre.

In Pflegeeinrichtungen sind durchschnittlich 75 % der Bewohner:innen harninkontinent und 60 % stuhlinkontinent. Viele können weder ein anderes Produkt wählen noch aufzählen. Ungeeignete

Produkte erhöhen den Aufwand für Pflegefachpersonen und pflegende Angehörige, etwa durch häufigere Wechsel und zusätzliche Hautpflege.

Quellen: DNQP, Expertenstandard Kontinenzförderung, Aktualisierung 2024.

3.5 Wundrelevante Folgen

Hautschäden durch Leckage, Feuchtigkeit oder Fehlanwendung sind vermeidbare Wunden. Sie verursachen Schmerzen, verlängern die Versorgung und binden pflegerische und ärztliche Ressourcen. Einsparungen beim Hilfsmittel kehren so als Kosten für Wundversorgung, Behandlung von Infektionen und gegebenenfalls Krankenhausaufenthalte zurück.

Quellen: DNQP, Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2. Aktualisierung 2025;

3.6 Beratung, Anleitung und Nachbetreuung geraten unter Preisdruck

Zur Versorgung gehören Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V, Anleitung zum Selbstmanagement und regelmäßige Nachbetreuung durch Pflegeexpert:innen. Diese Leistungen sind in Ausschreibungen kaum abbildbar und werden bei reinem Preiswettbewerb als Erstes reduziert. Nach dem Klinikaufenthalt ist die nahtlose Weiterbetreuung entscheidend; ein Versorgerwechsel unterbricht sie.

Quellen: Rantell A et al. A survey of end user and health care professionals experience of discomfort as related to intermittent catheterisation. *Contenance* 2025;13:101740; Ausserhofer D et al., *BMJ Qual Saf* 2014;23:126–35 (PSNet).

3.7 Kontinuität und Wahlfreiheit gehen verloren

Ausschreibungsverträgen können andere Versorger nicht beitreten. Den Zuschlag erhält in der Regel ein Anbieter exklusiv für eine Region. Versicherte verlieren damit die Wahl des Versorgers und häufig die vertraute Ansprechperson. Nach den Erfahrungen vor 2019 kamen Bedarfsänderungen verspätet oder gar nicht an; es kam zu Hautschäden und Infektionen.

3.8 Die Schutzklauseln und die Evaluation schützen die Versorgung nicht

Ausschreibungen sollen bei individuellen und dauerhaften Versorgung „in der Regel“ nicht zweckmäßig sein. Ob das zutrifft, entscheiden die Krankenkassen selbst. Dieselbe Formulierung stand schon einmal im Gesetz und hat nicht geschützt.

Die vorgesehene Evaluation untersucht Qualität, Ausgaben und Anbieterstruktur. Es fehlen pflegesensitive Ergebniskriterien: Passgenauigkeit, Leckagehäufigkeit, peristomale und inkontinenzassoziierte Hautschäden, Harnwegsinfekte, Erreichbarkeit von Beratung und Nachbetreuung sowie Selbstmanagement und Teilhabe. Qualitätsanforderungen legt das Gesetz nicht fest. Ob sich Folgen bis Ende 2029 überhaupt zeigen, ist offen.

Quellen: § 127 Abs. 1c und 1d SGB V in der vom Bundestag am 15.10.2026 beschlossenen Fassung (Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, BT-Drs. 21/6808 mit Änderungsanträgen)

3.9 Pflegefachliche Planung ist eine Vorbehaltsaufgabe und braucht Pflegefachpersonen vor Ort

Die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und die Pflegeplanung sind nach § 4 Abs. 2 PflBG Pflegefachpersonen vorbehalten. Dasselbe gilt für die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie für die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität. Arbeitgeber dürfen diese Aufgaben anderen Personen weder übertragen noch deren Ausführung dulden (§ 4 Abs. 3 PflBG).

Die Hilfsmittelversorgung bei Stoma, ISK und Inkontinenz ist Teil dieses Pflegeprozesses. Welches Produkt in welcher Menge und mit welcher Anleitung benötigt wird, ergibt sich aus der pflegefachlichen

Einschätzung von Haut, Ausscheidung, Mobilität, manuelle Geschicklichkeit und Selbstmanagementfähigkeit. Die Wirkung der Versorgung muss regelmäßig evaluiert und angepasst werden. Diese Schritte lassen sich nicht in einen Produktvertrag auslagern.

Die nationalen Expertenstandards beschreiben genau diesen Prozess als Verantwortung der Pflegefachperson:

- **Kontinenzförderung:** Ersteinschätzung und vertiefte Einschätzung, gemeinsamer Maßnahmenplan, Information, Schulung und Beratung zu Maßnahmen und Hilfsmitteln, Anpassung der Hilfsmittel an den individuellen Bedarf; bei Bedarf Hinzuziehung erweiterter Kontinenzexpertise.
- **Chronische Wunden:** Einschätzung von Wundsituation und Selbstmanagement unter Einbeziehung pflegerischer Fachexpertise, individueller Maßnahmenplan, Schulung zur eigenständigen Versorgung, Koordination der interprofessionellen Versorgung, Evaluation spätestens nach vier Wochen.

Diese Aufgaben setzen voraus, dass qualifizierte Pflegefachpersonen und Pflegeexpert:innen SKW dort verfügbar sind, wo die Menschen leben: in der Häuslichkeit, in Pflegeeinrichtungen und beim Übergang aus dem Krankenhaus. Eine Versorgung per Versand oder Hotline ohne persönliche Einschätzung kann den Pflegebedarf nicht feststellen und die Qualität nicht sichern.

Der Gesetzgeber hat die eigenverantwortliche Rolle der Pflegefachpersonen zuletzt mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) gestärkt, unter anderem bei der Empfehlung von Hilfsmitteln. Ausschreibungen, die den Preis in den Vordergrund stellen, laufen dieser Entwicklung zuwider.

Quellen: § 4 PflBG; DNQP, *Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege, Aktualisierung 2024*; DNQP, *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2. Aktualisierung 2025*; BEEP, BGBl. 2025 I Nr. 371, in Kraft seit 1. Januar 2026

3.10 Kostendruck gefährdet das Pflegefachpersonal und damit die Versorgungsqualität

Ausschreibungen erzeugen Preisdruck auf die Leistungserbringer. Die Produktpreise sind bei ableitenden Inkontinenzhilfen durch Festbeträge begrenzt, bei aufsaugenden Inkontinenzhilfen wurden die Pauschalen bereits um 22 bis 29 % gesenkt. Ab 2027 kommen ein Abschlag von 3 % auf die Vertragspreise und höhere Zuzahlungen hinzu. Weiterer Spielraum besteht vor allem bei den Personalkosten. Die FgSKW befürchtet daher, dass Versorger an qualifizierten Pflegefachpersonen und Pflegeexpert:innen SKW sparen, Hausbesuche reduzieren und Beratung auf Telefon oder Versand verlagern.

Die Folgen eines solchen Abbaus sind gut belegt:

- **Weniger Pflegefachpersonen erhöhen das Risiko für Patient:innen.** In neun europäischen Ländern stieg die Krankenhaussterblichkeit mit der Zahl der Patient:innen je Pflegefachperson; ein höherer Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen senkte sie (Aiken et al. 2014).
- **Die Qualifikation lässt sich nicht ersetzen.** Wo ein größerer Anteil der Pflege von Pflegefachpersonen statt von Assistenzkräften geleistet wurde, waren Sterblichkeit geringer und Qualitätsbewertungen besser (Aiken et al. 2017). Ein niedrigerer Anteil von Pflegefachpersonen ging mit höherer Sterblichkeit einher, auch wenn zusätzliche Assistenzkräfte eingesetzt wurden (Griffiths et al. 2019).
- **Beratung und Schulung fallen zuerst weg.** Unter Zeitdruck lassen Pflegefachpersonen vor allem Gespräche, Schulung und Anleitung von Patient:innen aus (Ausserhofer et al. 2014). Genau diese Leistungen tragen die Stoma-, ISK- und Inkontinenzversorgung.

Die zitierten Studien stammen aus der Krankenhausversorgung. Ihr Wirkmechanismus gilt aus Sicht der FgSKW ebenso für die ambulante Hilfsmittelversorgung: Fehlt die Pflegefachperson, die einschätzt, anleitet und nachsteuert, werden Komplikationen später erkannt. Leckagen, Hautschäden, Harnwegsinfekte und Fehlanwendungen nehmen zu, und die Kosten verlagern sich in die ärztliche, stationäre und Langzeitversorgung.

Quellen: Aiken LH et al., *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*, Lancet 2014;383:1824–30; Aiken LH et al., *Nursing skill mix in European hospitals*, BMJ Qual Saf 2017;26:559–68; Griffiths P et al., *Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality*, BMJ Qual Saf 2019;28:609–17; Ausserhofer D et al., *Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals*, BMJ Qual Saf 2014;23:126–35;

4. Folgen für Versicherte und Versorgungssystem

Die erwartete Einsparung ist gering, die pflegerischen Folgekosten sind nicht eingerechnet. Die Finanzkommission Gesundheit erwartet für 2027 rund 0,2 Milliarden Euro für alle Hilfsmittel zusammen, etwa 1,7 % der Hilfsmittelausgaben von 11,7 Milliarden Euro (2024). Der GKV-Spitzenverband räumt selbst ein, dass „eine konkrete Berechnung nicht möglich“ sei.

Bereich	Erwartete Folge aus pflegefachlicher Sicht
Versicherte	Häufigere Komplikationen, Unsicherheit im Alltag, sozialer Rückzug, Einschränkung von Erwerbstätigkeit und Teilhabe
Finanzielle Belastung	Schon 2024 waren 29,46 % der Inkontinenzversorgungen mit Aufzahlung verbunden (Ø 126,93 Euro); ab 2027 steigt die Zuzahlung auf bis zu 15 Euro monatlich
Pflegeeinrichtungen und Angehörige	Mehr Wechsel, mehr Hautpflege, mehr Wundversorgung, höhere Belastung
Ambulante und stationäre Versorgung	Zusätzliche Arztkontakte, Behandlung von Infektionen und Wunden, vermeidbare Krankenhausaufenthalte
Pflegeexpert:innen SKW	Beratung und Nachbetreuung unter Preisdruck, Abbruch eingespielter Versorgungsbeziehungen

Wenn Krankenkassen günstiger einkaufen und Betroffene deshalb häufiger aufzahlen oder Komplikationen entwickeln, verlassen die Kosten das System nicht. Sie verlagern sich zu den Versicherten und in andere Leistungsbereiche.

Quellen: Finanzkommission Gesundheit, *Erster Bericht, Empfehlung Nr. 47*; GKV-Spitzenverband, *Siebter Mehrkostenbericht, Berichtsjahr 2024*

5. Forderungen der FgSKW

1. **§ 127 Abs. 1c und 1d SGB V streichen.** Die FgSKW bittet die Länder, im Bundesrat am 20. November 2026 den Vermittlungsausschuss anzurufen.
2. **Hilfsweise: Stoma-, ISK- und Inkontinenzversorgung verbindlich ausnehmen.** Dies betrifft Stomaartikel (Produktgruppe 29) sowie ableitende und aufsaugende Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15). Der Ausschluss muss gesetzlich festgeschrieben sein und darf nicht im Ermessen der Krankenkassen liegen.

3. **Pflegefachliche Leistungen als Pflichtbestandteil jeder Versorgung.** Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V, Anleitung zum Selbstmanagement und Nachbetreuung durch qualifizierte Pflegeexpert:innen SKW sind vertraglich zu sichern und zu vergüten.
4. **Vorbehaltsaufgaben absichern, Pflegefachpersonen vor Ort sichern.** Feststellung des Pflegebedarfs, Planung und Evaluation der Hilfsmittelversorgung (§ 4 PflBG) müssen durch Pflegefachpersonen in persönlichem Kontakt erfolgen. Verträge müssen Mindestanforderungen an Qualifikation, Erreichbarkeit und Hausbesuche festlegen. Einsparungen dürfen nicht über den Abbau von Pflegefachpersonal erzielt werden.
5. **Qualität vor Preis, wo ausgeschrieben wird.** Qualitätskriterien mindestens gleichrangig mit dem Preis, Auswahl zwischen mehreren geeigneten Produkten, Versorgung ohne wirtschaftliche Aufzählung und Erfassung der Aufzählungsgründe.
6. **Pflegewissenschaft und Selbsthilfe beteiligen.** An den Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit und an der Evaluation sind Fachgesellschaften der Pflege und die Selbsthilfe verbindlich zu beteiligen.
7. **Evaluation an pflegesensitiven Ergebnissen ausrichten.** Zu messen sind mindestens Passgenauigkeit, Leckagen, peristomale und inkontinenzassoziierte Hautschäden, Harnwegsinfekte, Erreichbarkeit von Beratung und Nachbetreuung, Qualifikation und Personalausstattung der Versorger sowie Teilhabe.
8. **Rechtsaufsicht wahrnehmen.** Die Länder sollen bei den landesunmittelbaren Krankenkassen darauf achten, dass die Zweckmäßigkeit vor jeder Ausschreibung sorgfältig geprüft und dokumentiert wird.

6. Schluss und Kontakt

Die FgSKW teilt das Ziel stabiler Beiträge. Steuerung muss jedoch über Qualität und bedarfsgerechte Versorgung erfolgen, nicht über reinen Preiswettbewerb. Der Gesetzgeber hat Ausschreibungen 2019 „angesichts der nach wie vor bestehenden Risiken durch Ausschreibungen für die Versorgungsqualität“ abgeschafft. An diesen Risiken hat sich aus pflegefachlicher Sicht nichts geändert.

Selm, 25.10.2026

Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V.

Kontakt:

Geschäftsstelle

Nikolaus-Groß-Weg 6

59379 Selm

Tel.: 02592-973141

www.fgskw.org

Quellenverzeichnis

Gesetzeslage und politischer Kontext

- Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, BT-Drs. 21/6808, mit Änderungsanträgen; § 127 Abs. 1c und 1d SGB V in der am 15.10.2026 beschlossenen Fassung
- BT-Drs. 19/8351, S. 228 ff. (Abschaffung der Ausschreibungen 2019)
- Finanzkommission Gesundheit, Erster Bericht vom 30.03.2026, Empfehlung Nr. 47

Vorbehaltsaufgaben und pflegefachliche Standards

- § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG), Vorbehaltene Tätigkeiten
- § 127 Abs. 5 SGB V (Beratungspflicht der Leistungserbringer)
- AWMF-S2k-Leitlinie 043/048 „Management und Durchführung des Intermittierenden Katheterismus“, Update 3.0 vom Februar 2026
- DNQP: Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege, Aktualisierung 2024.
- DNQP: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2. Aktualisierung 2025.
- : EAUN-Leitlinie „Urethral intermittent catheterisation in adults“ (2024)
- Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP), BGBl. 2025 I Nr. 371, in Kraft seit 01.01.2026

Personalausstattung und Versorgungsqualität

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. Lancet 2014;383(9931):1824–30
- Aiken LH, Sloane DM, Griffiths P et al.: Nursing skill mix in European hospitals. BMJ Qual Saf 2017;26(7):559–68
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R et al.: Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals. BMJ Qual Saf 2014;23(2):126–35
- Ausserhofer D et al., BMJ Qual Saf 2014;23:126–35 (PSNet)
- Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A et al.: Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality. BMJ Qual Saf 2019;28(8):609–17
- Herlufsen P et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. Br J Nurs 2006;15(16):854–862. doi:10.12968/bjon.2006.15.16.21848
- Nybaek H et al. Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors. Acta Derm Venereol 2009;89:64–67. doi:10.2340/00015555-0536
- Rantell A et al. A survey of end user and health care professionals experience of discomfort as related to intermittent catheterisation. Continence 2025;13:101740