Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 10.06.2026

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

(Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

Gemeinsamer Bundesausschuss

I. Allgemeines

Die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) befürworten das Ziel des Gesetzentwurfs, durch eine stärkere präventive und rehabilitative Ausrichtung der Kranken- und Pflegeversicherung dem demografisch bedingten Anstieg von Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken und damit mittel- und langfristig zur Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung beizutragen.

Bei der konkreten Ausgestaltung einzelner Regelungen und deren Zusammenspiel ergeben sich jedoch Unklarheiten und potenzielle Friktionen. Dies betrifft zunächst das Verhältnis der neu geschaffenen Aufgaben des G-BA zu den parallel ausgestalteten Kompetenzen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen. Beide Normen zielen auf die Identifikation von Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit ab, weisen jedoch einen abweichenden Wortlaut auf. Bei unterschiedlicher Ausgestaltung durch die jeweiligen Akteure kann dies zu Friktionen führen. Darüber hinaus wirft die tatbestandliche Ausgestaltung der neuen Früherkennungsuntersuchung Fragen auf, die der G-BA im Rahmen seines Methodenbewertungsverfahrens wird beantworten müssen – insbesondere hinsichtlich der Geeignetheit von Befunden zur Erkennung des Pflegebedürftigkeitsrisikos und der Verfügbarkeit hochwertiger Evidenz. Vor diesem Hintergrund erscheint die dem G-BA gesetzte Umsetzungsfrist angesichts der regulären Verfahrensdauer eines Methodenbewertungsverfahrens als unverhältnismäßig kurz.

Die unparteiischen Mitglieder des G-BA nehmen aufgrund der kurzen Stellungnahmefrist nachfolgend nur zu den Regelungen Stellung, die den G-BA unmittelbar betreffen. Zu weiteren Aspekten des Referentenentwurfs wird aufgrund allenfalls mittelbarer Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

Prof. Josef Hecken (Unparteiischer Vorsitzender)	Karin Maag (Unparteiisches Mitglied)	Dr. med. Bernhard van Treeck (Unparteiisches Mitglied)

II. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 1 Nummer 4: § 5 Abs. 4 SGB XI (neu) - Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Inhalt der Regelung:

Mit dem neuen Absatz 4 in § 5 hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer noch nicht festgestellten, drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise erheben. Diese sollen bei der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1a Satz 4 sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 des Fünften Buches verwendet werden. Entsprechend der Gesetzesbegründung sollen valide Prädiktoren identifiziert werden, die frühzeitig auf eine drohende oder noch nicht festgestellte Pflegebedürftigkeit hinweisen, sowie Prädiktoren für einen günstigeren Verlauf, die eine Verschlimmerung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit abmildern.

Bewertung:

Mit Blick auf die neu zu schaffende Kompetenz des G-BA in § 25 Abs. 2a SGB V-E, wonach der G-BA im Rahmen von Untersuchungen für Versicherte über 60 Jahre insbesondere die Erhebung von Befunden vorsehen soll, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, fragt sich das Zueinanderstehen dieser Regelungen. Ausweislich des abweichenden Wortlauts könnte unter „Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit“, dessen Ausgestaltung offenbar durch den G-BA im Rahmen des § 25 Abs. 2a SGB V-E zukünftig erfolgen soll, etwas anderes zu verstehen sein als die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen auszugestaltenden „Risikofaktoren zur Erkennung einer noch nicht festgestellten, drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit“. Insofern stellt sich die Frage nach der Rechtsfolge bei einem Auseinanderfallen dieser Ausgestaltungen. Zur Vermeidung von Friktionen wird angeregt, dass der G-BA – wie auch schon in der Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder zu § 25b SGB V im Rahmen des GeDIG, S. 6 f., ausgeführt – auch die für § 25b Abs. 1 Nr. 4 SGB V erforderlichen Risikofaktoren ausgestaltet. Im Rahmen der Hinweispflicht der Krankenkassen an die Versicherten gemäß § 25b Abs. 4 SGB V könnte zur optimalen Verzahnung sodann auf die entsprechenden Angebote des G-BA in der GU-RL hingewiesen werden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Artikel 3 Nummer 5a): § 25 Absatz 2a SGB V (neu) - Gesundheitsuntersuchungen

Inhalt der Regelung:

§ 25 Absatz 1 SGB V sieht derzeit ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung bevölkerungsmedizinisch relevanter Krankheiten vor. Die neu vorgesehene Früherkennung für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr ergänzt die bestehenden Gesundheitsuntersuchungen, um altersbedingten gesundheitlichen Risiken frühzeitig begegnen zu können. Somit erweitert die Früherkennung die bisherigen Gesundheitsuntersuchungen um weitere Inhalte. Dabei sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Altersbedingte Risiken werden hierbei als klinisch relevante Vorstadien verstanden, die noch keinen Krankheitswert besitzen, statistisch jedoch hochsignifikant mit einem Funktionsverlust einhergehen können. Beispiele hierfür sind ein erhöhtes Sturzrisiko durch nachlassende Balance, das Risiko einer schleichenden Mangelernährung (Malnutrition) oder Gefährdungen durch Polypharmazie (Arzneimittelwechselwirkungen).

Bewertung:

Die Schaffung einer Anspruchsgrundlage im SGB V für Versicherte ab 60 Jahren gibt dem G-BA eine entsprechende Handlungsgrundlage, die er sonst aller Voraussicht nach aufgrund des Fehlens hochwertiger Evidenz nur schwer begründen könnte. Die Verzahnung mit dem Bereich des SGB XI erscheint zwar aufgrund der Intention des Gesetzgebers nachvollziehbar, kann aber ggf. auch zu Abgrenzungsproblemen und Friktionen bei einer unterschiedlichen tatbestandlichen Ausgestaltung durch die verschiedenen Akteure führen.

Anspruch bereits nach GU-RL

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die mit der Norm beabsichtigten Zwecke und Folgen nach Auffassung des G-BA bereits durch die derzeitige GU-RL abgedeckt sind. Nach Abschnitt B. Ziffer I. § 3 Nr. 1 GU-RL erfolgt im Rahmen der Anamnese insbesondere die Erfassung eines Risikoprofils. Im Rahmen der Beratung nach Nummer 5 sollen Ärztinnen und Ärzte auf der Grundlage der Anamnese und der erhobenen Befunde insbesondere das individuelle Risikoprofil der versicherten Person ansprechen und sie auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z. B. auf entsprechende Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen) hinweisen. Zudem soll die Ärztin oder der Arzt durch motivierende Gesprächsführung die individuellen gesundheitsbezogenen Änderungspotenziale der versicherten Person identifizieren, um darauf aufbauend geeignete,

abgestimmte Schritte zur Verhaltensänderung zu erörtern. Eine mögliche Folge ist die Empfehlung zur Inanspruchnahme einer verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V.

Konkrete Ausgestaltung der Norm

Die tatbestandlich in der Norm vorgesehene Erhebung von Befunden, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, lässt offen, wie die Geeignetheit der Befunde festzustellen ist. Zudem sei darauf hingewiesen, dass Pflegebedürftigkeit zwar in § 14 SGB XI für das SGB XI definiert ist, wann jedoch ein Risiko des Eintritts besteht, einem großen Wertungsspielraum unterliegt. Auch sei darauf hingewiesen, dass § 25b Abs. 4 SGB V ein konkretes Risiko fordere, § 25 Abs. 2a SGB V-E hingegen keine solche Klassifizierung. Es erscheint fraglich, ob der G-BA im Rahmen des Verfahrens evidenzbasierte Kriterien sowohl zum Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit als auch zu den Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen, festlegen kann. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass dem G-BA bei der entsprechenden inhaltlichen Ausgestaltung im Rahmen seines Handlungsspielraums im SGB V ein gewisser Pragmatismus bei der Umsetzung der Norm zugestanden werden muss.

Auch im Rahmen des SGB XI wird auf die Selbstständigkeit abgestellt, beispielsweise bei der Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit gemäß § 15 SGB XI. § 25 Absatz 2a SGB V-E fordert hingegen unter anderem eine Beratung zu Maßnahmen, die der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung dienen. Was eine eigenständige Lebensführung im Gegensatz zur Selbstständigkeit ausmacht, bleibt jedoch offen. Ob und inwieweit diese unterschiedlichen tatbestandlichen Voraussetzungen zu Friktionen bei der weiteren Ausgestaltung führen, kann nicht abschließend beurteilt werden.

Einmaliger oder mehrfacher Anspruch und Umfang

Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, sollen nach dieser Norm einen ergänzenden Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen haben. Aufgrund der Anpassung des § 25 Abs. 4 S. 1 SGB V gehen die unparteiischen Mitglieder davon aus, dass dem G-BA der entsprechende Ausgestaltungsspielraum des § 25 Abs. 4 S. 2f. SGB V auch in Bezug auf die Häufigkeit, den Inhalt und den Umfang zusteht. Es bleibt unklar, ob für diese Personengruppe ein einmaliger oder ein turnusmäßig wiederkehrender Anspruch geschaffen werden sollte. In der Gesetzgebungsbegründung heißt es schließlich: *„... für die Regelung des Turnus ...“*. Diese spricht eher für eine zusätzliche gesetzliche Grundlage mit unterschiedlichen Schwerpunkten je nach Lebensalter, die sich zur bereits bestehenden allgemeinen Gesundheitsuntersuchung nach GU-RL gesellt.

Prävention

Die Bezeichnung *„medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention"* stellt einen begrifflichen Bruch im Bereich des § 25 SGB V dar und wirft die Frage auf, ob der G-BA nicht auch befugt sein könnte, Regelungen im Bereich der Primärprävention zu treffen. Sofern dies nicht beabsichtigt ist, wird zur Vermeidung von Auslegungsspielräumen empfohlen, sich beim Wortlaut der Norm an dem bereits bestehenden Normtext des § 25 Abs. 1 SGB V zu orientieren, hier werden Formulierungen wie *„abgestimmte präventionsorientierte Beratung"* und *„Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5"* verwendet.

Aus der Gesetzesbegründung

Sofern die Gesetzesbegründung darauf abstellt, dass auch Menschen angesprochen werden sollen, die die GU bislang nicht in Anspruch nehmen, stellt sich die Frage nach der entsprechenden Umsetzung. Bislang ist ungeklärt, wie diese Zielgruppen direkt und niederschwellig angesprochen werden können, um eine höhere Teilnahme zu erreichen. Auf die Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder zum GeDIG wird verwiesen. Die Begründung führt zudem Beispiele für altersbedingte Risiken und Belastungen an. Inwieweit diese trennscharf voneinander abgrenzbar sind, erschließt sich nicht.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Artikel 3 Nummer 5c: § 25 Abs. 4 S. 7 SGB V (neu) – Gesundheitsuntersuchungen i.V.m. Artikel 7: „Inkrafttreten“

Inhalt der Regelung:

Der neue Satz in Absatz 4 beauftragt den Gemeinsamen Bundesausschuss erstmals, bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien Näheres zur Regelung des Turnus und des Umfangs der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken zu bestimmen. Die Untersuchungsinhalte sollen gemeinsam mit der Gesundheitsuntersuchung angeboten werden. Weiterhin soll das Gesetz am 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Bewertung:

Die Verortung im Rahmen der GU-RL löst – unabhängig von der ansonsten bestehenden Antragsverpflichtung nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V – ein Methodenbewertungsverfahren aus. Der G-BA ist somit verpflichtet, eine umfassende Evidenzrecherche und -prüfung hinsichtlich jeglicher in Betracht kommender Aspekte der Untersuchung durchzuführen, um die neuen Inhalte des ergänzenden Anspruchs für Versicherte ab 61 Jahren entsprechend zu begründen. Zur Wahrung der formellen Rechtmäßigkeit muss der G-BA bestimmte Verfahrensschritte unter Berücksichtigung der dafür vorgesehenen Fristen einhalten. Dazu gehören beispielsweise die Einholung von Ersteinschätzungen und die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur ein in Kraft getretenes Gesetz verbindliche Rechtsfolgen auslösen kann. Die vorgesehene Frist vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2027 würde somit nur ein Jahr umfassen und wäre damit eine unverhältnismäßige Verkürzung der regulären Frist zur Methodenbewertung von zwei Jahren.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Artikel 3 Nummer 8a): § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V (neu) - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Inhalt der Regelung:

Die Ergänzung von Satz 2 soll klarstellen, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei geriatrischer Indikation insbesondere dem Ziel dienen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verringern oder zu verzögern bzw. deren Verschlimmerung entgegenzuwirken. Damit wird den spezifischen Bedarfen älterer, häufig multimorbider Versicherter Rechnung getragen, für die der Erhalt oder die Wiedererlangung von Selbstständigkeit von besonderer Bedeutung ist. Die Klarstellung soll zudem dazu beitragen, dass das Therapieziel bei der Indikationsstellung, der Beantragung und der Durchführung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen stärker berücksichtigt wird.

Bewertung:

Die Ergänzung wird begrüßt. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung zielen darauf ab, neben einer Behinderung im Sinne des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) auch Pflegebedürftigkeit gemäß des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 11 Absatz 2 SGB V). Hierauf wird in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA bereits explizit hingewiesen (§ 1 Absatz 1 Satz 2). In der geriatrischen Rehabilitation kommt diesem Ziel eine besondere Bedeutung zu.