GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 23.11.2026

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

(BT-Drs. 21/8869)

I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) befürworten nach wie vor das Ziel des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG). Durch eine stärkere präventive und rehabilitative Ausrichtung der Kranken- und Pflegeversicherung soll dem demografisch bedingten Anstieg von Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt und somit mittel- bis langfristig eine Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung erreicht werden.

Die unparteiischen Mitglieder des GBA nehmen nachfolgend nur zu den Regelungen Stellung, die den GBA unmittelbar betreffen. Aufgrund allenfalls mittelbarer Betroffenheit des GBA wird zu weiteren Aspekten des Regierungsentwurfs auf eine Stellungnahme verzichtet.

Eine unmittelbare Betroffenheit des GBA besteht im Hinblick auf die neue Kompetenz zur Ausgestaltung einer altersbezogenen ärztlichen Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die zu einem Verlust der Selbstständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beitragen können. Hierzu hatten die unparteiischen Mitglieder des GBA in der Stellungnahme zum Referentenentwurf des PNOG vom 10. Juni 2026 bereits Anregungen gegeben, die erfreulicherweise zu großen Teilen in den Regierungsentwurf eingegangen sind.

Dazu gehören

- die nunmehr an den präventiven Charakter der neuen Aufgabe angepasste Definition sowie
- die direkte Anknüpfung an die bestehende Gesundheitsuntersuchung (GU) und
- die Anerkennung einer angemessenen Frist für den GBA, um begründete Entscheidungen im vorgegebenen rechtlichen Rahmen treffen zu können.

Bei der konkreten Ausgestaltung einzelner Regelungen und deren Zusammenspiel ergeben sich jedoch weiterhin Unklarheiten und potenzielle Friktionen. So wirft die tatbestandliche Ausgestaltung der neuen Früherkennungsuntersuchung Fragen auf, die der GBA beantworten muss – insbesondere hinsichtlich der Geeignetheit von Befunden zur Erkennung des Pflegebedürftigkeitsrisikos und der Verfügbarkeit hochwertiger Evidenz. Ob und wie sich die neue ärztliche Früherkennung mit der pflegewissenschaftlichen Bestimmung von relevanten Risikofaktoren zur Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit verknüpfen lässt und wie sich dies auf den Verlust von Selbständigkeit oder den Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Versorgungspfad der versicherten Personen auswirkt, wird sich in der praktischen Umsetzung zeigen müssen. Zusätzlich kann auch nicht beurteilt werden, inwiefern die Hinweise gemäß § 25b Abs. 1 und 4 SGB V eine effektive Unterstützung darstellen.

Dr. Sonja Optendrenk	Karin Maag	Dr. med. Bernhard van Treeck
(Unparteiische Vorsitzende)	(Unparteiisches Mitglied)	(Unparteiisches Mitglied)

II. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 4 Nummer 5a): § 25 Absatz 2a SGB V-E- Gesundheitsuntersuchungen

Inhalt der Regelung:

Derzeit sieht § 25 Absatz 1 SGB V eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung (GU) zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung bevölkerungsmedizinisch relevanter Krankheiten für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr vor. Der neue § 25 Absatz 2a SGB V-E räumt Versicherten ab dem 60. Lebensjahr einen Anspruch auf eine **altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen** ein, die geeignet sind, zu einem Verlust der Selbstständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beizutragen. Diese Untersuchung soll **im Rahmen der ärztlichen GU nach § 25 Absatz 1 SGB V** erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat **erstmals bis zum 31. Dezember 2028** in seiner Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) Näheres zur Ausgestaltung zu regeln.

Bewertung:

Die Schaffung einer Anspruchsgrundlage im SGB V für Versicherte ab 60 Jahren gibt dem GBA eine entsprechende **gesetzliche Handlungsgrundlage**, die er aufgrund des Fehlens hochwertiger Evidenz sonst aller Voraussicht nach nur schwer begründen könnte. Die Verzahnung mit dem Bereich des SGB XI ist nachvollziehbar, solange die neu eingefügte, altersbezogene Erfassung und Bewertung im Sinne von § 25 Absatz 2a SGB V-E auf dem **Versorgungspfad der Versicherten zeitlich vor der Erkennung** einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit durch gemäß § 5 Absatz 4 SGB XI-E vom Spitzenverband der Pflegekassen pflegewissenschaftlich ermittelte Risikofaktoren erfolgt. Sollte diese Annahme des GBA jedoch fehlgehen, könnte es durch die unterschiedliche tatbestandliche Ausgestaltung durch die verschiedenen Akteure zu Abgrenzungsproblemen und Friktionen kommen.

1. Bezug zur bestehenden GU-RL

Die unparteiischen Mitglieder des GBA sehen sich durch die Weiterentwicklung des § 25 Absatz 2a SGB V-E in ihrer Annahme bestätigt, dass die neue **altersbezogene GU zur Früherkennung von Pflegebedürftigkeit in die bestehende ärztliche Gesundheitsuntersuchung zu integrieren** ist. Im Vergleich zum Referentenentwurf des PNOG wurde ein konkreter Bezug zu § 25 Absatz 1 SGB V aufgenommen und es wurde festgelegt, dass die neue altersbezogene GU „im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1" erfolgen soll. Aufgrund der Regelung in § 25 Absatz 4 Satz 2 SGB V ist somit auch geklärt, dass dem GBA der entsprechende **Ausgestaltungsspielraum** des § 25 Absatz 4 Satz 2 ff. SGB V auch in Bezug auf die Häufigkeit, den Inhalt und den Umfang zusteht.

Allerdings bleibt die Frage, ob die mit der Norm **beabsichtigten Zwecke und Folgen nicht 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 Abschnitt B. Ziffer I. § 3 Nr. 5 GU-RL 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 sollen Ärztinnen und Ärzte 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.

Aufgrund des ergänzenden Anspruchs für Versicherte ab 60 Jahren ist der GBA verpflichtet, eine umfassende Evidenzrecherche und -prüfung hinsichtlich aller in Betracht kommenden Aspekte der Untersuchung durchzuführen, um die neuen Inhalte entsprechend zu begründen.

Die geänderte Fristsetzung zum 31. Dezember 2028 zur näheren Ausgestaltung des Anspruchs nach § 25 Absatz 2a SGB V-E ist für den GBA grundsätzlich ein realistisches Zeitfenster zur Umsetzung der gesetzlichen Ausgestaltungspflicht. Am 15. Oktober 2026 hat der GBA ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der allgemeinen GU eingeleitet, das auf der Anpassung des § 25 Absatz 4 SGB V durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz basiert. Die Frist für diese Beratung endet somit gesetzlich vorgegeben am 31. Dezember 2027. Die unparteiischen Mitglieder des GBA weisen vorsichtshalber darauf hin, dass das Ergebnis der Beratung zur zukünftigen Ausgestaltung der ärztlichen GU derzeit nicht absehbar ist und eine darin eingebettete neue altersbezogene GU davon nicht getrennt betrachtet werden kann. Eine damit verbundene Verzögerung der Umsetzung des § 25 Absatz 2a SGB V-E kann somit nicht gänzlich ausgeschlossen werden und ist zudem abhängig vom Datum des Inkrafttretens des PNOG.

2. Konkrete Ausgestaltung der Norm

Gemäß dem neuen Absatz 4 in § 5 SGB XI-E ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dazu verpflichtet, unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit zu erheben. Diese sollen bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 5 Absatz 1a Satz 4 SGB XI sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 SGB V verwendet werden. Entsprechend der Gesetzesbegründung sollen valide Prädiktoren identifiziert werden, die frühzeitig auf eine drohende Pflegebedürftigkeit hinweisen, sowie Prädiktoren für einen günstigeren Verlauf und solche, die eine Verschlimmerung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit abmildern können.

Mit Blick auf die neu zu schaffende Kompetenz des GBA in § 25 Absatz 2a SGB V-E, wonach der GBA im Rahmen von Untersuchungen für Versicherte ab 60 Jahren insbesondere die Erhebung von Befunden vorsehen soll, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, hatten die unparteiischen Mitglieder des GBA in ihrer Stellungnahme vom 10. Juni 2026 das **Zusammenwirken dieser Regelungen als ungeklärt** angesehen. Ausweislich des abweichenden Wortlauts könnte unter „Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit“, dessen Ausgestaltung durch den GBA im Rahmen des § 25 Absatz 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 bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit“. Insofern stellte sich die Frage nach der Rechtsfolge bei einem Auseinanderfallen dieser Ausgestaltungen.

Die neu eingefügte, altersbezogene Erfassung und Bewertung im Sinne von § 25 Absatz 2a SGB V-E dürfte sich **zeitlich vor der Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit** durch gemäß § 5 Absatz 4 SGB XI-E vom Spitzenverband der Pflegekassen mit pflegewissenschaftlichen Methoden zu ermittelnde Risikofaktoren auf dem Versorgungspfad der Versicherten befinden. Ob und wie sich die **neue ärztliche Früherkennung** mit dem Verlust von Selbstständigkeit oder dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Versorgungspfad der Versicherten **mit der pflegewissenschaftlichen Bestimmung von relevanten Risikofaktoren** zur Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit verknüpfen lässt, bleibt ungeklärt und wird sich wohl in der praktischen Umsetzung zeigen müssen.

Die tatbestandlich in der Norm vorgesehene **Erhebung von Befunden**, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, lässt weiterhin offen, wie die Geeignetheit der Befunde festzustellen ist. Eine Annäherung ist durch die aktuelle Gesetzesbegründung möglich. In dieser wird ausgeführt, dass der Begriff der gesundheitlichen Risiken und Belastungen insbesondere Faktoren umfasst, die zwar **noch keinen eigenständigen Krankheitswert** besitzen müssen, die nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse jedoch mit einem erhöhten Risiko für funktionelle Einschränkungen, den Verlust von Selbstständigkeit oder den Eintritt von Pflegebedürftigkeit verbunden sein können. Hierzu können beispielsweise Einschränkungen der Mobilität, Gleichgewichts- und Gangstörungen, Risiken einer

Mangelernährung (Malnutrition) oder Gefährdungen durch Polypharmazie (Arzneimittelwechselwirkungen), Hinweise auf neurodegenerative Prozesse (beginnende Demenz) sowie sensorische Defizite (Hör- und Sehverminderung) gehören.

Es ist innovativ, dass der GBA im Rahmen des Verfahrens **evidenzbasierte ärztliche Kriterien** sowohl zum Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit als auch zu Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen, festlegen kann. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass dem GBA bei der entsprechenden inhaltlichen Ausgestaltung im Rahmen seines Handlungsspielraums im SGB V ein gewisser Pragmatismus bei der Umsetzung der Norm zugestanden werden muss.

Um **systematische Friktionen bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeitsrisiken** zu vermeiden, wird angeregt, dass der GBA – wie in der Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder zu § 25b SGB V im Rahmen des GeDIG, S. 5 f., ausgeführt – auch die für § 25b Absatz 1 Nr. 4 SGB V erforderlichen Risikofaktoren **für die ärztliche Bewertung und Erfassung gesundheitlicher Risiken und Belastungen** festlegt. Im Rahmen der Hinweispflicht der Krankenkassen an die Versicherten gemäß § 25b Absatz 4 SGB V könnte zur optimalen Verzahnung sodann auf die entsprechenden Angebote des GBA in der GU-RL hingewiesen werden.

Mit § 5 Absatz 4 Satz 5 SGB XI-E wird im Rahmen des bestehenden Präventionsberichts des Spitzenverbands Bund der Kranken- und Pflegekassen eine **jährliche Berichterstattung** eingeführt, um die Wirksamkeit der Regelung zu erfassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat darzulegen, in welchem Umfang die Pflegekassen die wissenschaftlichen Erkenntnisse in ihre Beratungs- und Leistungspraxis integriert haben und wie die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 SGB V genutzt wird. Für eine erfolgreiche systematische **Verknüpfung der ärztlichen und pflegerischen Risikobestimmung** schlagen die unparteiischen Mitglieder des GBA vor, die Berichtsübermittlung an den GBA als eine zu berücksichtigende Grundlage zur Prüfung der in § 25 Absatz 2a SGB V geregelten ärztlichen Leistung aufzunehmen.

Aus Sicht der unparteiischen Mitglieder des GBA ist darüber hinaus noch klärungsbedürftig, wie die **Hinweise gemäß § 25b Absatz 1 und 4 SGB V ausgestaltet** sein werden, um passgenau in die ärztliche Bewertung und Erfassung gesundheitlicher Risiken und Belastungen einfließen zu können. § 25b Abs. 1 Nr. 4 SGB V scheint eine konkrete Risikoausprägung für eine „noch nicht festgestellte Pflegebedürftigkeit“ abzubilden, d.h., die Hinweise können erst vorliegen, wenn sich die bei den Krankenkassen zusammenlaufenden Daten aus vorliegenden Befunden konkretisieren. Die Grundlage der ärztlichen Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die einen Verlust der Selbstständigkeit oder den Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß § 25 Absatz 2a SGB V-E frühzeitig anzeigen, greift nach unserem Verständnis früher im Versorgungspfad an. Inwiefern Hinweise gemäß § 25b Absatz 4 SGB V in dieser Versorgungsphase tatsächlich bei dem entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer vorliegen

und ihn bei der Erhebung von Befunden sowie der Beratung der versicherten Person zu konkreten Maßnahmen unterstützen können, wird die praktische Umsetzung zeigen.

Änderungsvorschlag:

Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c

In § 5 SGB XI-E wird Absatz 4 durch folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zur Erfüllung der Aufgabe nach Absatz 1a Satz 4 sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 des Fünften Buches im Wege einer wissenschaftlichen Expertise relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit zu erheben. Die Erkenntnisse sind für die Entwicklung und Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen zu nutzen und zu berücksichtigen bei

1. der Festlegung der Ziele nach den Absätzen 1 und 1a,

2. der Pflegebegleitung der Versicherten nach § 7c,

3. einer Leistungserbringung nach § 36 und

4. einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3.

Das Nähere zur Erstellung der wissenschaftlichen Expertise und zur Einbeziehung der Pflegekassen bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht vor über die Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen zur Reduzierung der nach Satz 1 ermittelten Risikofaktoren sowie über deren Umsetzung und Erfolg in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen. Den Bericht nach Satz 5 erhält auch der Gemeinsame Bundesausschuss.

Zu Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a

In § 25 SGB V-E wird Absatz 2a durch folgenden Absatz 2a ersetzt:

„(2a) Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, haben im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 Anspruch auf eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die geeignet sind, zu einem Verlust von Selbständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beizutragen. Die Untersuchungen umfassen insbesondere die Erhebung von Befunden sowie eine präventionsorientierte Beratung zu Maßnahmen, die dem Erhalt von Selbständigkeit, der Vermeidung von Funktionsverlusten und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen können. Hinweise gemäß § 25b Absatz 1 und 4 sowie Ergebnisse des jährlichen Berichts gemäß § 5 Absatz 4 Satz 5 SGB XI sind bei den Untersuchungen zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31.

Dezember 2028 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der altersbezogenen Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen nach Satz 1.“

Zu Artikel 3 Nummer 8a): § 40 Absatz 3 S. 2 SGB V-E - 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 gemäß § 11 Absatz 2 SGB V darauf ab, neben einer Behinderung im Sinne des § 2 Absatz 1 SGB IX auch Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Hierauf wird in der Rehabilitations-Richtlinie des GBA bereits explizit hingewiesen (§ 1 Absatz 1 Satz 2). In der geriatrischen Rehabilitation kommt diesem Ziel eine besondere Bedeutung zu.