



## Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

# Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

09. Juni 2026



In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Referentenentwurfes, die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind.

## Allgemeines

Obwohl der Entwurf überwiegend pflegepolitische Regelungen enthält, haben einzelne Maßnahmen erhebliche Auswirkungen auf die hausärztliche Versorgung und die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Pflege und medizinischer Versorgung.

Kritisch bewertet der Hausärztinnen- und Hausärzterverband insbesondere die Verknüpfung der erweiterten Datennutzungsbefugnisse der Kranken- und Pflegekassen nach § 25b SGB V mit den neuen Präventions- und Früherkennungsleistungen nach § 25 Abs. 2a SGB V. Die vorgesehene verpflichtende Berücksichtigung von Hinweisen der Kranken- und Pflegekassen bei ärztlichen Untersuchungen birgt die Gefahr einer Einflussnahme auf die ärztliche Entscheidungsfindung und damit auf die Therapiefreiheit.

Zudem fordern wir:

- die Schnittstelle zwischen Pflegebegleitung (§ 7c SGB XI-neu) und medizinischer Versorgung bzw. Rehabilitationssteuerung klarer abzugrenzen,
- die Fördermittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (§ 11 Abs. 4 SGB XI-neu) auch für den hausärztlichen Versorgungsbereich zugänglich zu machen,
- bei dem neuen Anspruch auf Früherkennungs- und Präventionsleistungen ab dem 60. Lebensjahr (§ 25 Abs. 2a SGB V-neu) klarzustellen, dass diese Leistungen regelhaft durch Hausärztinnen und Hausärzte erbracht werden,
- die Datennutzungsbefugnisse der Kranken- und Pflegekassen auf das erforderliche Maß zu begrenzen und die ärztliche Therapiefreiheit sicherzustellen.

## I. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 SGB XI – § 7c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und 4 SGB XI-neu (Pflegebegleitung, deren Aufgaben und Qualifikation)

### *Beabsichtigte Neuregelung*

Eine unter mehreren Aufgaben der neuen Pflegebegleitung soll es nach § 7c Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI-neu sein, ein stabiles Versorgungsarrangement unter Einbeziehung pflegerischer, medizinischer, rehabilitativer und sozialer Leistungen zu organisieren und zu begleiten. Nach Nr. 4 soll die Pflegebegleitung u. a. bei der Umsetzung von Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen unterstützen.



## *Bewertung*

Die Neuregelungen in § 7c Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 4 SGB XI-neu werden grundsätzlich begrüßt. Kritisch zu sehen ist, dass der Pflegebegleitung eine sehr weitreichende koordinierende Rolle auch im Bereich medizinischer Leistungen zugewiesen wird. Die Formulierung in Nr. 2 gestaltet sich als (zu) offen, und lässt die Grenze zwischen pflegefachlicher Koordination und medizinischer Versorgungssteuerung verschwimmen. Die medizinische Behandlungsplanung, Priorisierung medizinischer Maßnahmen und Koordination der kurativen Versorgung gehören grundsätzlich in die Verantwortung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, regelmäßig der Hausärztin bzw. des Hausarztes, die/der auch einen Überblick über sämtliche Diagnosen und Behandlungen hat und das Haftungsrisiko trägt. Nur durch eine Bündelung der Verantwortung, eine kontinuierliche hausärztliche Versorgung und vertrauensvolle Beziehung zwischen Hausarztpraxis und Patientin/Patient können eine zielgenaue Ansprache sowie ein nachhaltiger Behandlungserfolg erreicht werden.

Demgegenüber sollte die Pflegebegleitung unterstützend tätig werden, darf jedoch keine parallele Versorgungssteuerung etablieren, insbesondere weil die erforderliche Qualifikation der Pflegebegleitperson und die erfassten Berufsgruppen noch nicht geklärt sind (vgl. die Gesetzesbegründung zu § 7d Abs. 2 SGB XI-neu). Zumindest in der Gesetzesbegründung muss daher zum Ausdruck kommen, dass die Pflegebegleitung eine lediglich koordinative Funktion hat, die Inhalte der medizinischen Behandlungsplanung stets hausärztlich vorgegeben werden und ein Informationsaustausch zwischen Pflegebegleitung (z. B. Pflegefachperson) und Hausärztin/Hausarzt erfolgt.

Hinsichtlich der in Nr. 4 seitens der Pflegebegleitung unterstützten Rehabilitationsempfehlungen des Medizinischen Dienstes wird darauf hingewiesen, dass diese nicht dazu geeignet sind, (haus-)ärztliche Indikationsstellungen zu ersetzen. Gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten müssen Rehabilitationsziele, Kontraindikationen und Erfolgsaussichten regelmäßig hausärztlich bewertet werden. Aus diesem Grund wird angeregt, klarstellend zu formulieren, dass die Pflegebegleitung Reha-Empfehlungen unterstützt, deren medizinische Bewertung und Umsetzung jedoch im Zusammenwirken mit den behandelnden (Haus-)Ärztinnen und (Haus-)Ärzten erfolgt.

- B. [Artikel 1 SGB XI – § 10 Abs. 2 S. 4 und Abs. 5 S. 3 sowie § 11 Abs. 3 S. 2 SGB XI-neu \(Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege, Beirat sowie Förderung von Innovation und Digitalisierung\)](#)

## *Beabsichtigte Neuregelung*

§ 10 Abs. 2 S. 4 SGB XI-neu bestimmt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit unterschiedlichen Organisationen Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums bestimmt.

Gemäß § 10 Abs. 5 SGB XI-neu wird die Arbeit des Kompetenzzentrums durch einen Beirat begleitet. § 11 Abs. 3 S. 2 SGB XI-neu bezieht sich auf die förderungsfähigen Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen.



### *Bewertung*

§ 10 Abs. 2 S. 4 SGB XI-neu sollte dahingehend ergänzt werden, dass nicht nur die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sondern auch weitere ärztliche Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung vertragsärztlicher Interessen wie der Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. als Spitzenorganisation für die Wahrnehmung der Interessen, der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen/Vertragsärzte (vgl. § 317 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V) in das Benehmen zu setzen sind. Aufgrund der i. d. R. sehr engen Kooperation und Abstimmung gerade zwischen der Pflege und der hausärztlichen Versorgung (u. a. im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, in der viele pflegebedürftige Patientinnen und Patienten versorgt werden) hat der Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. eine herausgehobene Bedeutung und muss eingebunden werden.

Aus denselben Gründen sollte der Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. auch in der Neuregelung zur Zusammensetzung des Beirats (§ 10 Abs. 5 S. 3 SGB XI-neu) ergänzt werden.

Darüber hinaus sollte in der beispielhaften Aufzählung der förderungsfähigen Investitionen in § 11 Abs. 3 S. 2 SGB XI-neu explizit auch noch die Zusammenarbeit „mit der betreuenden hausärztlichen Praxis“ zur Klarstellung ergänzt werden, um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden.

### **C. Artikel 1 SGB XI – § 11 Abs. 4 SGB XI-neu (Förderung von Innovation und Digitalisierung)**

#### *Beabsichtigte Neuregelung*

Aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität sollen 1,6 Milliarden Euro im Zeitraum 2027 bis 2031 zur Verfügung gestellt werden, um die Potentiale der Digitalisierung – insbesondere Entlastung des Pflegepersonals und Steigerung der Pflegequalität – in der Pflege zu heben. Das Geld soll zugelassenen ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen vorbehalten sein, da vollstationäre Pflegeeinrichtungen bereits durch die Refinanzierung von Transformationsstellen (§ 113e SGB XI-neu) strukturell eine Förderung von Digitalisierung erfahren.

#### *Bewertung*

Die vorgesehene Digitalisierungsoffensive in der Pflege wird ausdrücklich begrüßt. Positiv hervorzuheben ist insbesondere, dass der Gesetzgeber zur Bewältigung der anstehenden strukturellen Herausforderungen in der Pflege auf Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurückgreift und damit zusätzliche Investitionen in die Modernisierung der Versorgungsstrukturen ermöglicht.

Voraussetzung für einen nachhaltigen Versorgungsnutzen ist jedoch, dass die geförderten digitalen Anwendungen interoperabel ausgestaltet werden und eine medienbruchfreie Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtungen und hausärztlichen Praxen, insbesondere über die Telematikinfrastruktur und die elektronische Patientenakte, ermöglichen. Pflegebedürftige Menschen werden regelmäßig gemeinsam von Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen versorgt. Digitale Investitionen können ihr volles Potenzial daher nur entfalten, wenn sie sektorenübergreifend angelegt sind und die Zusammenarbeit zwischen Pflege und vertragsärztlicher Versorgung stärken.



Darüber hinaus zeigt die Bereitstellung erheblicher Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität, dass der Gesetzgeber bereit ist, für tiefgreifende Strukturreformen im Gesundheitswesen zusätzliche Investitionsmittel bereitzustellen. Dies wird ausdrücklich begrüßt. Ein vergleichbarer Finanzierungsansatz sollte auch für die Einführung und den Aufbau der Primärversorgung verfolgt werden. Die mit der Etablierung einer flächendeckenden Primärversorgung verbundenen strukturellen, organisatorischen und digitalen Transformationsprozesse erfordern ebenfalls erhebliche Investitionen, die nicht allein aus den laufenden Vergütungssystemen finanziert werden können.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband regt daher an, die Nutzung von Mitteln aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität auch für den Aufbau und die Weiterentwicklung primärversorgender Strukturen zu prüfen und entsprechende Fördertatbestände vorzusehen.

D. [Artikel 3 SGB V – § 25 Abs. 2a S. 1 i. V. m. Abs. 4 S. 7 SGB V-neu \(ergänzender Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen – Leistungserbringung durch Hausärztinnen und Hausärzte\)](#)

#### *Beabsichtigte Neuregelung*

§ 25 Abs. 2a SGB V-neu regelt den neuen Anspruch von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Satz 7 in Absatz 4 ergänzt hierzu die Zuständigkeit des G-BA für die Regelung des Turnus und des Umfangs der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken.

#### *Bewertung*

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt die Regelung, weil sie erstmals einen eigenständigen Anspruch auf altersbezogene Präventions- und Früherkennungsleistungen ab dem 60. Lebensjahr schafft.

Der Gesetzentwurf beschreibt den Leistungsanspruch, trifft jedoch keine explizite Aussage dazu, durch wen diese Leistungen erbracht werden sollen. Aus diesem Grund bedarf es einer klarstellenden Formulierung, wonach die neuen Früherkennungs- und Präventionsleistungen regelhaft im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erbracht werden.

Hausärztinnen und Hausärzte verfügen über die notwendige Langzeitkenntnis der Patientinnen und Patienten und können gesundheitliche, funktionelle und soziale Risikofaktoren ganzheitlich beurteilen. Es sollte vermieden werden, parallele Untersuchungsstrukturen außerhalb der bestehenden hausärztlichen Versorgung aufzubauen. Vielmehr müssen die neuen Leistungen in bestehende hausärztliche Vorsorge- und Check-up-Strukturen integriert werden. Bereits im Dezember 2025 hatten die Fach-Arbeitsgruppen „Versorgung“ und „Finanzierung“ in der Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“ fachliche Eckpunkte für die Ausgestaltung eines Zukunftspaktes Pflege erarbeitet und hier insbesondere für ältere Menschen ab 60 Jahren das Angebot einer freiwilligen, regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung im Sinne eines Gesundheits-Check-up („U 60+“) aufgegriffen und in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass der Check-up von Hausärztinnen und Hausärzten zu erbringen sei (vgl. „Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung“, Papier der Fachebenen der Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“, Stand: 11.12.2025).



Sofern eine klarstellende Formulierung nicht explizit in § 25 Abs. 2a SGB V-neu eingefügt wird, wird angeregt, dies klarstellend in Abs. 4 S. 7 zu regeln, wonach der G-BA in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen nach Absatz 2a regelt. In diesem Zusammenhang müsste aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes der G-BA, im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz, einen klarstellenden Hinweis auf die klare hausärztliche Aufgabenzuweisung setzen.

E. Artikel 3 SGB V – § 25 Abs. 2a S. 1 und S. 2 i. V. m. § 25b Abs. 1 und 4 SGB V-neu (ergänzender Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen – Berücksichtigung von Hinweisen gem. § 25b SGB V)

### *Beabsichtigte Neuregelung*

Die Verknüpfung der Neuregelungen nach § 25 Abs. 2a S. 1 und S. 2 SGB V-neu mit § 25b SGB V durch Verweis auf § 25b Abs. 1 und 4 SGB V in § 25 Abs. 2a S. 3 SGB V-neu soll sicherstellen, dass bei einer Bereitstellung der Hinweise der Kranken- und Pflegekassen die Gesundheitsuntersuchung ab 60 Jahren in ein datenbasiertes Gesamtsystem eingebettet ist und diese Hinweise bei der ärztlichen Befunderhebung zu berücksichtigen sind. Für (haus-) ärztliche Behandlerinnen und Behandler bedeutet dies: werden entsprechende Risikofaktoren im Rahmen der Untersuchung erkennbar, müssen diese grundsätzlich in die ärztliche Beurteilung und Beratung einbezogen werden.

### *Bewertung*

Die Neuregelungen in § 25 Abs. 2a S. 1 und 2 SGB V werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes grundsätzlich begrüßt (siehe Ausführungen unter D.).

Davon ausgehend, dass wie unter D. ausgeführt, hausärztliche Behandlerinnen und Behandler Adressat und Leistungserbringer sein sollen, wird angeregt, die Verknüpfung in § 25 Abs. 2a S. 3 SGB V-neu mit § 25b Abs. 1 und 4 SGB V zu streichen oder aber klarzustellen, dass Hinweise der Kranken- und Pflegekassen gem. § 25b Abs. 1 und 4 SGB V bei den ärztlichen Untersuchungen berücksichtigt werden „können“ (statt „müssen“): Sofern (Haus-)Ärztinnen und (Haus-)Ärzte bei der ärztlichen Befunderhebung Hinweise bzw. datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen nach § 25b Abs. 2a S. 3 SGB V-neu i. V. m. § 25b Abs. 1 und 4 SGB V berücksichtigen „müssen“, wird dadurch ungerechtfertigterweise in die ärztliche Therapiefreiheit und in den Grundsatz des Arztvorbehalts eingegriffen. Ob und inwieweit Hinweise gem. § 25b Abs. 1 und 4 SGB V zwingend bei den ärztlichen Untersuchungen zu berücksichtigen sind, muss von denjenigen Akteuren beurteilt werden, die unmittelbar Verantwortung für die medizinische Versorgung tragen und die Ergebnisse fachlich einordnen können. Der Grundsatz des Arztvorbehalts muss weiter aufrechterhalten bleiben, damit eine zentrale, ärztliche Stelle mit übergreifender Verantwortung den Überblick behält, keine widersprüchlichen Entscheidungen umgesetzt werden, die durch unnötigen Mehraufwand (Doppeluntersuchungen) in den Praxen wieder revidiert werden müssen. Dieser Grundsatz gewährleistet eine qualitätsgesicherte Anamnese, Diagnostik und Therapie.



Die Nutzung von Gesundheitsdaten durch die Kranken- und Pflegekassen zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten wird dabei nicht grundsätzlich abgelehnt. Wichtig ist jedoch, dass die Kommunikation der Ergebnisse der Kranken- und Pflegekasse in Richtung der betreuenden (hausärztlichen) Praxis erfolgt, die diese dann fachlich einordnen, bewerten und bei Bedarf mit der Patientin/dem Patienten besprechen kann. Andernfalls droht nicht nur eine Vermischung der Rolle der Krankenkassen als Versicherer bzw. als Leistungserbringer/Versorger der Versicherten, sondern auch ein einseitiger Informations- und Steuerungsvorteil zugunsten der Kranken- und Pflegekassen, ohne dass die unmittelbar an der Versorgung beteiligten ärztlichen Strukturen vergleichbare Möglichkeiten zur qualitätsgesicherten Bewertung der Daten hätten. Eine ausschließliche Datenanalyse durch Kranken- und Pflegekassen würde daher nicht nur das Gleichgewicht innerhalb des Gesundheitswesens verschieben, sondern auch die Gefahr begründen, dass medizinische Bewertungen zunehmend durch ökonomische Interessen beeinflusst werden.

Durch die vorstehende Verknüpfung mit § 25b SGB V durch Verweis auf § 25b Abs. 1 und 4 SGB V wird zudem offensichtlich, dass die Gesundheitsuntersuchung ab 60 Jahren von einer klassischen Vorsorgeuntersuchung zu einem Instrument der frühzeitigen Identifikation von Pflegebedürftigkeitsrisiken und der Versorgungssteuerung weiterentwickelt wird. Damit gehen für Hausärztinnen und Hausärzte voraussichtlich zusätzliche Aufgaben bei Datenauswertung, Risikoassessment, Beratung und Einleitung weiterführender Maßnahmen einher, ohne dass der Entwurf bislang eine entsprechende Konkretisierung der Verantwortlichkeiten oder eine Aussage zur Finanzierung dieses Mehraufwandes enthält.

Ausweislich der Gesetzesbegründung, „Die Gesundheitsuntersuchung fungiert somit als Schnittstelle für die weitere Versorgung“, versteht der Gesetzgeber die Untersuchung offenbar als Einstiegspunkt für Präventionsangebote, Rehabilitationsmaßnahmen, Pflegeberatung u. ä. In der Praxis dürfte hieraus die Erwartung entstehen, dass die Hausarztpraxis Risikopatienten identifiziert, auf weiterführende Ansprüche hinweist, geeignete Maßnahmen anstößt und gegebenenfalls Rehabilitationsbedarf erkennt. Die für Hausärztinnen und Hausärzte voraussichtlich zusätzlich entstehenden Aufgaben müssen entsprechend ihrer Bedeutung finanziellen Ausdruck erfahren.

#### **Ihre Ansprechpartner**

Bundesvorsitzende: [markus.blumenthal-beier@haev.de](mailto:markus.blumenthal-beier@haev.de), [nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de](mailto:nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de)

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: [joachim.schuetz@haev.de](mailto:joachim.schuetz@haev.de)

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: [sebastian.john@haev.de](mailto:sebastian.john@haev.de)

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 [www.haev.de](http://www.haev.de)