BAR · Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Solmsstraße 18 · 60486 Frankfurt am Main

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Dr. Martin Schölkopf
Leiter der Abteilung 4
Pflegeversicherung und -stärkung
11055 Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation e. V.
Solmsstraße 18
Gebäude E
60486 Frankfurt am Main

Telefon 069.60 50 18-0
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Die Geschäftsführerin

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unser Zeichen	Ansprechpartner/in	Durchwahl	Frankfurt am Main
700000#00005	04.06.2026		Marcus Schian Dr. Thomas Stähler	- 26 - 19	10.06.2026

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG); Stellungnahme der BAR e.V.

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme auch zum aktuellen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG, nachfolgend: RefE), erhalten per Mail am 5. Juni 2026. Unsere Stellungnahme erfolgt aus der Perspektive der gesetzlichen und satzungsmäßigen trägerübergreifenden Aufgabenstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). Auf unsere Ausführungen in unseren Stellungnahmen vom 6. März 2023 (zum PUEG-RefE) sowie vom 11. Juli 2025 (zum PKG-RefE) nehmen wir hierbei ausdrücklich ergänzend Bezug.

I. Allgemein

Ziel des PNOG ist es, die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherzustellen. Ein wesentliches Instrument dabei ist ausdrücklich die konsequente Stärkung von Prävention und Rehabilitiation. Diese Zielsetzung begrüßen wir ausdrücklich mit Blick auf die Belange sowohl pflegebedürftiger Personen selbst als auch pflegender an- und zugehöriger Menschen. Bei Menschen mit Pflegebedarf liegen oft auch (drohende) Behinderungen im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX vor, die mit möglichen entsprechenden Rehabilitationsbedarfen einhergehen. Ebenso können nicht zuletzt aufgrund der vielfältigen Beanspruchungen von Pflegenden, die häufig noch im Berufsleben stehen, zudem auch dort Rehabilitationsbedarfe entstehen.

Je früher diese Rehabilitationsbedarfe erkannt werden, desto besser sind die Aussichten, sie mit Leistungen zur Teilhabe zu adressieren und die Ziele dieser Leistungen nach § 4 SGB IX zu erreichen. Hierzu gehört ausdrücklich auch „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten“. Der enge Zusammenhang von Prävention und Rehabilitation liegt dabei auf der Hand, ihn zu beachten ist in § 3 SGB IX als gesetzlicher Auftrag der Rehabilitationsträger verankert. Im diesjährigen BAR-Fachgespräch „Reha trifft Pflege“ haben sich zahlreiche Expertinnen und Experten der Frage gewidmet, wie man diese beiden Versorgungsbereiche besser miteinander verzahnen kann. Die Ergebnisse der Veranstaltung fließen in die nachfolgenden, aus Zeitgründen lediglich kursorischen, Betrachtungen mit ein.

II. Im Einzelnen

Viele im RefE vorgesehene Änderungen im SGB XI und SGB V greifen die o.g. Zielsetzung einer konsequenten Stärkung von Prävention und Rehabilitation bei Menschen mit möglichem Pflegebedarf und von Pflegepersonen auf. Wir begrüßen insoweit insbesondere:

- **Stärkung der Eigenverantwortung in Bezug auf Prävention (§ 4 Abs. 1 und 2 SGB XI-RefE)**
- **Benennung eines Verantwortlichen für die Pflegebegleitung auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte im Kontext der Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung Beteiligten (§ 7d Abs. 1 S. 3 SGB XI-RefE)**
- **Stärkung der Reha-Empfehlung: Begründung im Falle unterbliebener Reha-Empfehlung bei der Pflegebegutachtung (§ 18b Abs. 1 Nr. 2 lit. b) SGB XI-RefE)**
- **Besondere Berücksichtigung des Reha-Zieles Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit bei geriatrischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 3 S. 2 SGB V-RefE)**
- **Bericht (auch) zu Hürden in der Inanspruchnahme von geriatrischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 3 S. 18 SGB V-RefE)**

Viele weitere vorgesehene Anpassungen greifen die Zielsetzung auf und werden deshalb grundsätzlich begrüßt. Allerdings ergeben sich punktuell Anhaltspunkte, wie das Ziel ggf. noch besser erreicht werden könnte. Angesichts der äußerst knappen Stellungnahmefrist beschränken wir uns dabei nachfolgend auf die aus unserer Sicht wesentlichsten Aspekte (entlang der §§-Folge im RefE).

Wunsch- und Wahlrecht (§ 3 Abs. 3 SGB XI-RefE)

Zugunsten der Harmonisierung des Sozialleistungsrechts schlagen wir vor, die Neuordnung des SGB XI hier zu nutzen für eine Angleichung an die Regelung des § 8 Abs. 1 SGB IX. Danach wäre berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigen zu entsprechen.

Wissenschaftliche Expertise zu Prädiktoren von Pflegebedürftigkeit (§ 5 Abs. 4 SGB XI-RefE)

Wir halten den Ansatz, relevante Risikofaktoren für eine drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit wissenschaftlich zu erheben und in der Beratungs- und Leistungspraxis zu berücksichtigen, für sachgerecht und unterstützenswert. Wir regen an, die Erkenntnisgewinnung von vornherein sektoren- und trägerbereichsübergreifend anzulegen. Entstehung, Vermeidung und Abmilderung von Pflegebedürftigkeit folgen Wirkungszusammenhängen, die über den Pflegesektor hinausreichen und insbesondere Prävention, Krankenbehandlung sowie die medizinische Rehabilitation und die Teilhabe (insb. SGB V, SGB VI und SGB IX) einschließen. Eine Expertise, die allein auf den Daten und der Perspektive des Pflegesektors, hier in Anbindung an die Datenauswertung nach § 25b SGB V, aufsetzt, kann gerade die rehabilitativen und teilhabeorientierten Zusammenhänge, an denen entlang sich Pflegebedürftigkeit vermeiden oder mindern lässt, nur unvollständig erfassen.

Wir empfehlen daher, die Perspektive der Rehabilitationsträger und vorhandene trägerübergreifende Datengrundlagen in die Konzeption der wissenschaftlichen Expertise einzubeziehen, um Schnittstellen und Übergänge nicht systematisch auszublenden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation steht als trägerübergreifende Institution hierfür gerne zur Verfügung und kann auf entsprechende Erfahrungen und Strukturen aus dem Bereich der trägerübergreifenden Berichterstattung verweisen.

Erweiterter Auftrag der Pflegeeinrichtungen (§ 6 Abs. 1 S. 3 SGB XI-RefE)

Wir regen an, zu überprüfen, wie dem Risiko begegnet werden kann, dass mit den erwähnten „rehabilitativ ausgerichteten“ Pflegemaßnahmen ggf. eine neue Abgrenzungsproblematik zwischen Reha und Pflege entsteht, die zu neuen Rechtsunsicherheiten und Komplikationen führt.

Pflege-Cockpit (§ 7a SGB XI-RefE)

Die Einrichtung eines Pflege-Cockpit begrüßen wir insbesondere mit Blick auf die dadurch erhöhte Transparenz in Bezug auf rehabilitative und präventive Aspekte der Bedarfssituation. Zu den in der vorgesehenen Norm geregelten Inhalten empfehlen wir allerdings, noch konkreter Rehabilitationsbedarfe und Schnittstellen zum Versorgungsbereich Rehabilitation in den Fokus zu nehmen. Das bezieht sich insbesondere auf die nachfolgend aufgegriffenen Regelungen in § 7b und § 7c SGB XI-RefE und die diesbezüglichen Anregungen.

Ausdrücklicher Beratungsauftrag der Pflegekassen (§ 7b Abs. 2 S. 1 SGB XI-RefE)
Wir regen an, den neuen Beratungsauftrag auch in der Normüberschrift abzubilden. Zudem könnte jedenfalls in der Entwurfsbegründung eine Verbindung zu § 34 SGB IX hergestellt werden.

Pflegebegleitung – Versorgungsarrangement – Fallmanagement (§ 7c SGB XI-RefE)
Wir regen an, in § 7c Abs. 1 S. 1 SGB XI-RefE das Wort „präventionsorientierte" zu ersetzen durch: *„präventions- und rehabilitationsorientierte"*

U.E. sollte die bislang in § 7a Abs. 1 S. 7 SGB XI enthaltene Verknüpfung mit den weiteren bestehenden Koordinierungs-/Informationsangeboten beibehalten bleiben. Dies ist umso bedeutsamer als auch die Pflegekassen Ansprechstellen nach § 12 Abs. 2 i.V.m. Abs. 1 SGB IX zu benennen haben, die Informationsangebote über Leistungen zur Teilhabe vermitteln.

Auch sollte jedenfalls in der Gesetzesbegründung in Konkretisierung der Aufgabe nach § 7c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB XI deutlicher als bisher auf die Notwendigkeit der Netzwerkarbeit mit den anderen dort genannten und weiteren Stellen, so insbesondere der EUTB nach § 32 SGB IX oder auch einheitlicher Ansprechstellen nach § 185a SGB IX, eingegangen werden. Z. B. wie folgt:

„Bei der Vernetzung mit den Rehabilitationsträgern und zwischen den Ansprechstellen nach § 12 Abs. 1 Satz 3 SGB IX sollte die Möglichkeit des Ansprechstellenverzeichnisses (www.ansprechstellen.de), genutzt werden. Darüber hinaus kann sich gegebenenfalls auch die Vernetzung von Pflegekassen mit Stellen der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) gemäß § 32 SGB IX empfehlen, um auch über diesen Weg in Einzelfällen für jeweilige pflegebedürftige Personen in Betracht kommende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe anzubahnen."

Der bisher geregelte individuelle Versorgungsplan soll ferner durch das „Gestalten eines stabilen Versorgungsarrangements" (insofern auch § 18a Abs. 3 u. 8 SGB XI-RefE) ersetzt werden. Die neue, inhaltlich zutreffende Bezeichnung erscheint allerdings sperrig. Ein eher unscharf konturiertes Instrument könnte einen Anschluss an Planungsinstrumente in anderen Versorgungsbereichen, wie etwa den Teilhabeplan nach § 19 SGB IX, erschweren. Eine bessere Verzahnung der Planungsinstrumente war ein wesentlicher Verbesserungsansatz im o.g. BAR-Fachgespräch. Wir regen daher an, für die vorgesehene Neureglung in § 7c jedenfalls einen prägnanteren Begriff zu wählen. Um die wechselseitige Anschlussfähigkeit beider Planungsinstrumente zu sichern, wären perspektivisch zudem Anpassungen im Bereich der Teilhabeplanung sinnvoll.

Vorgesehen ist weiterhin die ausdrückliche Verankerung eines Fallmanagements über die Pflegebegleitung bei besonderem Unterstützungsbedarf (§ 7c Abs. 5 SGB XI-RefE). Nach hiesigen Erfahrungen trägerübergreifender Zusammenarbeit können ein trägerübergreifendes Verständnis

von Fallmanagement und möglichst gemeinsame Standards eine Zusammenarbeit zumindest wesentlich vereinfachen, ggf. auch erst ermöglichen. Deshalb halten wir gerade hier jedenfalls in der Entwurfsbegründung eine Verknüpfung zum Versorgungsbereich der Rehabilitation, namentlich auch zur Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX, für erforderlich.

Auftrag der Pflegekassen zur Zusammenarbeit (§ 7d Abs. 1 und Abs. 2 SGB XI-RefE)

Die vorgesehene Verpflichtung der Pflegekassen zur Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten zwecks Sicherstellung der Pflegebegleitung begrüßen wir ausdrücklich. Mit Blick auf die o.g. übergeordnete Zielsetzung regen wir an, in § 7d Abs. 1 S. 2 SGB XI-RefE hinter dem Wort „gesundheitlichen" folgenden Klammerhinweis zu ergänzen:

„(präventiven und rehabilitativen)"

Zudem halten wir in der Entwurfsbegründung Anpassungen analog den zu § 7c SGB XI-RefE vorgeschlagenen für sinnvoll, um die Notwendigkeit der Vernetzung mit Rehabilitationsträgern und anderen Stellen zu unterstreichen.

Die vorgesehenen Empfehlungen zu Qualifikation und Fortbildung der Personen für die Pflegebegleitung regen wir an, jedenfalls über Anpassungen der Entwurfsbegründung stärker als bisher auf Prävention und Rehabilitation hin auszurichten.

Perspektivisch schlagen vor, gelingende Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren der Versorgung auch im Einzelfall dadurch abzusichern, dass unter Beachtung der Selbstbestimmung und des Datenschutzes die rechtlichen Grundlagen für dabei erforderliche Datenverarbeitungen weiterentwickelt werden.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für gelingende Zusammenarbeit ist nach hiesigen Erfahrungen schließlich die Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses zu wesentlichen Grundlagen der Zusammenarbeit. Im Bereich Rehabilitation hat sich insoweit die ICF bzw. das dieser Klassifikation zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell der WHO als wichtige gemeinsame Grundlage für Bedarfsermittlung und -feststellung etabliert (vgl. z.B. § 118 Abs. 1 SGB IX). Auch unter Aufgriff entsprechender Ergebnisse des o.g. Fachgesprächs regen wir an, über die punktuelle Erwähnung der ICF in den Begutachtungsrichtlinien hinaus stärker sichtbare Verbindungen zwischen der ICF und den fachlichen Grundlagen für die Bedarfsermittlung in der Pflege anzustreben.

Stärkung der Reha-Empfehlung im Pflegegutachten (§ 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 lit. b) SGB XI-RefE)

Wir weisen darauf hin, dass diese von uns begrüßte Regelung auf der Ebene der gutachterlichen Empfehlung ansetzt. Ihre Wirkung entfaltet sich erst im nachgelagerten Verfahren bei den zuständigen Rehabilitationsträgern, in dem über einen entsprechenden Antrag im Rahmen der regulären leistungsrechtlichen Prüfung entschieden wird. Insoweit regen wir an, die nach dem SGB XI vorgesehenen umfangreichen Berichtspflichten mit den Möglichkeiten des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 SGB IX enger zu verknüpfen.

Eigener Gutachtenabschnitt zu voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der (pflegerischen) Versorgung (§ 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB XI-RefE)

Nicht zuletzt mit Blick auf die in § 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 lit b) SGB XI-RefE ausdrücklich aufgegriffenen Belange von Pflegepersonen regen wir an, jedenfalls durch Anpassung der Entwurfsbegründung sicherzustellen, dass rehabilitative Aspekte stärker fokussiert werden.

Erweiterte Perspektive im Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 S. 4 SGB V-RefE)

Wir regen an, über die vorgesehene Folgeanpassung von § 11 Abs. 4 SGB V hinaus dort Anpassungen auch mit Blick auf eine verbesserte Vernetzung mit Prävention und Rehabilitation vorzunehmen (z.B. bezogen auf Zusammenarbeit mit Ansprechstellen, leistendem Reha-Träger usw.).

Weitere Ansätze zur Verknüpfung der Pflege mit Prävention und Rehabilitation und zu deren Stärkung (z.B. §§ 7, 7c, 11, 12, 17 Abs. 1a) SGB XI-RefE)

Der gesetzliche Auftrag der Pflegekassen aus §§ 7, 7c SGB XI-RefE, auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation zu unterstützen, könnte u.E. an verschiedenen Stellen des SGB XI in der künftigen Ausgestaltung noch weiter verdeutlicht werden. Bereits jetzt ist auch durch § 31 Abs. 2 SGB XI (betr. Zusammenarbeit Pflegekasse und Reha-Träger) und § 22 Abs. 2 SGB IX (zur ggf. Beteiligung im Rahmen der Teilhabeplanung) das Zusammenwirken von Pflege und Rehabilitation gesetzlich angelegt. Insofern schlagen wir vor, Prävention und Rehabilitation noch stärker durchgehend in der Praxis und bei deren Gestaltung durch untergesetzliche Regelungen konsequent mitzudenken. Hierfür schlagen wir entsprechende Anpassungen im Norm- oder Begründungstext u.a. zu folgenden Regelungen vor: §§ 11, 12, 17 Abs. 1a) SGB XI-RefE.

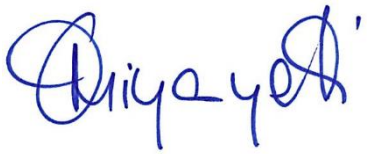
III. Abschließende Anregungen und Bemerkungen

Angesichts der Zielsetzung, durch Stärkung präventiver und rehabilitativer Ansätze die pflegerische Versorgung zu verbessern, regen wir an zu prüfen, inwieweit die Situation pflegebedürftiger junger Menschen perspektivisch auch in der Gestaltung der Versorgung verstärkt berücksichtigt

werden kann. Hier liegen mutmaßlich besonders viel Potenziale für Prävention und Rehabilitation. Denkbar wäre in etwa eine spezifische Ausrichtung von Leistungen auf diese Gruppe, z.B. im Bereich der Kurzzeitpflege oder im Bereich des BEM nach § 167 SGB IX.

Zur Zielerreichung wäre es u.E. zudem auch konsequent, die Belange pflegender Angehöriger noch stärker zu fokussieren. Insoweit regen wir an, „Erholungsurlaub“ als eine mögliche Voraussetzung für ein Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI-RefE weiterhin ausdrücklich zu regeln (bisher so für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI vorgesehen), um etwaigen Rechtsunsicherheiten vorzubeugen. Zudem wird ein Monitoring der gesundheitlichen Situation von Pflegenden empfohlen, z.B. als Teil des Pflegeberichts nach § 8 Abs. 3 SGB XI-RefE. Entlastungen wären denkbar durch Weiterentwicklung spezifischer Versorgungsformen wie etwa der mobilen Rehabilitation oder Angebote der Nachtpflege.

Freundliche Grüßen



Gülcan Miyanyedi
Geschäftsführerin