Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

09. Juni 2026

Mit dem Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG) will der Gesetzgeber unter anderem die Kranken- und Pflegeversicherung künftig konsequent auf die Vermeidung, Reduzierung und Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit ausrichten. Hierfür soll die Versorgung pflegebedürftiger Menschen stärker präventions- und rehabilitationsorientiert ausgestaltet werden. Damit soll insbesondere den demografisch bedingten finanziellen und personellen Herausforderungen der kommenden Jahre begegnet werden.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. begrüßt diese Zielsetzung ausdrücklich. Insbesondere die stärkere Berücksichtigung von altersspezifischer Prävention und geriatrischer Rehabilitation ist für ein zukunftsfähiges Pflegesystem unerlässlich. Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist es, die individuelle Selbstständigkeit der Betroffenen wiederherzustellen und damit Pflegebedarf zu vermeiden, verzögern oder stabilisieren. Neben den nachweislich positiven Effekten auf den Behandlungserfolg (Outcome) in den Bereichen Funktionalität und Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) hat die geriatrische Rehabilitation auch gesundheitsökonomische Effekte. So zeigen Modellrechnungen im Weißbuch Geriatrie[1], dass bei 25 Prozent Verhinderung und 25 Prozent Minderung der Pflegebedürftigkeit durch geriatrische (Früh-)Rehabilitation ein Einsparvolumen von ca. 2,173 Mrd. € in der Pflegeversicherung entsteht, bei gleichzeitig 1,615 Mrd. € Kosten für die geriatrische Behandlung. Daraus ergibt sich eine Gesamteinsparung von rund 558 Mio. € pro Jahr, wobei sich die Leistung der Rehabilitation bereits nach ca. 4,2 Monaten amortisiert. Wird Pflegebedürftigkeit längerfristig verhindert oder gemindert, erhöhen sich die Wirtschaftlichkeitspotenziale weiter.

Die mit dem PNOG geplanten Maßnahmen zur Stärkung geriatrischer Rehabilitation und altersspezifischer Prävention, sind daher geeignet den demografisch bedingten Herausforderungen zu begegnen. Damit die geplanten Maßnahmen in der Praxis jedoch Wirkung entfalten können, dürfen aktuelle Gesetzgebungsvorhaben nicht zu gegenläufigen Wirkungen führen und die Gesetzesziele müssen im Einklang stehen.

Dies gilt insbesondere für das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, dessen geplante Änderungen bei der Refinanzierung von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen die mit dem Pflegeneuordnungsgesetz vorgesehene Stärkung der geriatrischen Rehabilitation konterkarieren. Die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz geplanten Begrenzungen der Vergütungsentwicklung drohen Finanzierung und Qualität zu entkoppeln. Besonders problematisch ist dies, da die geriatrische Rehabilitation bereits chronisch unterfinanziert ist und mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) sowie der Mitte 2025 in Kraft getretenen Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation (RE-REHA) gerade erst neue Grundlagen für Qualität, Struktur- und Personalvorgaben geschaffen wurden. Geriatrische Re-

[1] Vgl. Bundesverband Geriatrie (2023): Weißbuch Geriatrie, 4. Auflage, Kohlhammer Verlag.

habilitationseinrichtungen müssen diese neuen Anforderungen künftig erfüllen, benötigen dafür jedoch eine auskömmliche Finanzierung. Werden Vergütungssteigerungen gleichzeitig begrenzt, können notwendige zusätzliche Ausgaben nicht angemessen abgebildet werden.

Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung der Vergütungsentwicklung sind damit konträr zu den mit dem PNOG verfolgten Zielen. Während das PNOG die Bedeutung geriatrischer Rehabilitation für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ausdrücklich stärkt, werden gleichzeitig die finanziellen Rahmenbedingungen für diesen Versorgungszweig in einer bereits angespannten Situation eingeschränkt.

Die erfolgreiche Umsetzung der im PNOG vorgesehenen Maßnahmen setzt leistungsfähige und auskömmlich finanzierte rehabilitative Versorgungsstrukturen voraus. Eine Stärkung altersspezifischer Prävention und geriatrischer Rehabilitation einerseits bei gleichzeitiger Begrenzung ihrer Refinanzierung andererseits gefährdet die Erreichung der mit dem PNOG verfolgten Ziele. Zur Umsetzung des PNOG ist daher dringend auch eine Anpassung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes notwendig.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. nimmt zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung wie folgt Stellung:

Artikel 1

Zu Nummer 5
§ 6 SGB XI – Abgrenzung rehabilitativer Pflege und medizinischer Rehabilitation

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Stärkung rehabilitativer Aspekte der pflegerischen Versorgung. Eine rehabilitativ ausgerichtete Pflege kann einen unterstützenden Beitrag dazu leisten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Schweregrad zu verringern. Sie kann jedoch eine geriatrische Rehabilitation im Sinne des § 40 SGB V inhaltlich nicht ersetzen. Die Stärkung rehabilitativer Aspekte der pflegerischen Versorgung darf in der Praxis daher nicht dazu führen, dass notwendige Leistungen der geriatrischen Rehabilitation künftig seltener verordnet oder erbracht werden. Vielmehr sollten rehabilitativ ausgerichtete Pflege und medizinische Rehabilitation als sich ergänzende Bestandteile einer sektorenübergreifenden Versorgung verstanden werden.

Daher ist gesetzgeberisch eine klare Abgrenzung des Leistungsanspruchs auf rehabilitativ ausgerichteter Pflege und geriatrischer Rehabilitation erforderlich. Die rehabilitativ ausgerichtete Pflege stellt ein Element der ganzheitlichen, sektorübergreifenden Versorgungskette dar. Dabei hilft rehabilitativ ausgerichtete Pflege, Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern, kann eine umfassende, medizinisch strukturierte Rehabilitation mit spezialisierten Therapeutinnen/Therapeuten und festen Behandlungszielen – wie die geriatrische Rehabilitation – inhaltlich jedoch nicht ersetzen. Die spezialisierte geriatrische Rehabilitation ist oft notwendig, um die Selbstständigkeit grundlegend wiederherzustellen und langfristige Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

Die geriatrische Rehabilitation geht stärker in die Tiefe und inhaltlich über eine rehabilitativ ausgerichtete Pflege hinaus. Insbesondere die geriatrische Rehabilitation verfolgt auf Grundlage eines multiprofessionellen Behandlungskonzeptes definierte Rehabilitationsziele und wird durch spezialisierte interdisziplinäre Teams erbracht.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an den § 6 Absatz 1 SGB XI um nachfolgenden Satz 4 zu ergänzen:

(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen unterstützen die Versicherten dabei, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V bleiben hiervon unberührt.

Zu Artikel 3

Zu Nummer 5 a)
§ 25 SGB V – Geriatriespezifische Präventionsangebote und Einbindung geriatrischer Kompetenz

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt ausdrücklich die Einführung eines Anspruchs auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen ab dem 60. Lebensjahr. Sowohl betagte und hochbetagte als auch bereits pflegebedürftige Menschen profitieren im erheblichen Umfang von Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung. Ziel einer Vorsorgeuntersuchung für Betagte und Hochbetagte muss es daher sein, eventuell bestehende Defizite insbesondere im ADL-Bereich frühzeitig zu erfassen und entsprechende Risiken zu ermitteln. Auf dieser Grundlage müssen rechtzeitig geeignete geriatriespezifische Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.

Neben den im Gesetzentwurf hauptsächlich genannten Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Alter müssen daher auch geriatriespezifische Präventionsangebote für Menschen höheren Lebensalters unter Verwendung standardisierter Screening- und Assessmentinstrumente gesetzgeberisch verankert werden. Die charakteristischen Problemkonstellationen bei einem gealterten Organismus treten in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit vorwiegend bei Menschen höheren Lebensalters auf, so dass für die geriatriespezifische Prävention eine Altersgrenze von 70 Jahren oder älter empfohlen wird. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung sollte bei der konzeptionellen Ausgestaltung die frühzeitige Einbindung geriatrischer Expertise berücksichtigt werden. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten höheren Lebensalters mit gleichzeitig vorliegender Multimorbidität, ist die Einbindung geriatrischer Expertise dringend notwendig.

Die Wirksamkeit von Präventionsangeboten hängt maßgeblich davon ab, dass bei festgestellten Risiken geeignete geriatriespezifische Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt daher an, den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Ausgestaltung der Richtlinie nach § 25 Absatz 2a SGB V zu verpflichten, die Anbindung an geriatrische Versorgungsstrukturen strukturell zu berücksichtigen. Je nach regionalen Strukturen bietet sich hier die Einbindung geriatrischer Schwerpunktpraxen, geriatrischer Institutsambulanzen oder ambulanter geriatrischer Zentren an. Bereits der bestehende § 25 Absatz 3 Nummer 3 SGB V fordert z. B. für Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche die Vorhaltung entsprechenden Personals, welches die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig diagnostizieren und behandeln kann. Zusätzlich sollte den maßgeblichen Verbänden der Geri-

atrie sowie der Patientenvertretung vor Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Die in § 92 SGB V verankerten Einbindungsmöglichkeiten erlauben dies gegenwärtig nicht, sodass die Einbindung in § 25 SGB V explizit zu normieren ist.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt dazu an den § 25 SGB V wie folgt zu ändern:

aa) Absatz 2a ist um die nachfolgenden Sätze 3, 4 und 5 zu ergänzen:

„Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, haben ergänzend Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Die Untersuchungen umfassen insbesondere die Erhebung von Befunden, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, sowie die Beratung zu Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung dienen. Versicherte, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, haben ergänzend Anspruch auf medizinische Leistungen zur geriatrischen Früherkennung und Prävention. Ein wesentliches Ziel der geriatrischen Früherkennungsuntersuchungen besteht u.a. darin, Risikofaktoren für altersspezifische Erkrankungen, Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten zu erkennen und zu beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen hierbei besonders jene Einflussgrößen, die für die Gesundheit im Alter zentral und einer Veränderung zugänglich sind. Hinweise gemäß § 25b Absatz 1 und 4 sind bei den Untersuchungen zu berücksichtigen."

c) bb) Absatz 4 ist um den nachfolgenden Satz 9 zu ergänzen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Dezember 2027 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen nach Absatz 2a. Dabei ist insbesondere die strukturelle Anbindung an geeignete geriatrische Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Den maßgeblichen Verbänden der Geriatrie sowie der Patientenvertretung ist vor Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

Die im PNOG vorgesehene stärkere Ausrichtung auf altersspezifische Prävention und geriatrische Rehabilitation entfaltet ihren Nutzen nur dann vollständig, wenn identifizierte Risiken und Rehabilitationsbedarfe auch in entsprechende Versorgungsangebote überführt werden können. Ambulante Geriatrische Zentren (AGZ) können hierbei einen entscheidenden Beitrag leisten, indem sie bestehende Schnittstellen überwinden und eine patientenindividuelle, sektorenübergreifende Versorgung unterstützen. Der Bundesverband Geriatrie e.V. sieht in dem flächendeckenden Aufbau von AGZ ein erhebliches Potenzial die mit dem PNOG verfolgten Ziele zu unterstützen. Im AGZ werden alle bisherigen teilstationären Versorgungsangebote gebündelt und gehen strukturell, inhaltlich und rechtlich auf. Dazu gehören die Tagesklinik an Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) inkl. der Sonderform mobile geriatrische Rehabilitation (MGR). Ebenso werden geriatrische Institutsambulanzen (GIA) in das ambulante geriatrische Zentrum integriert.

Mit seinem breit aufgestellten multiprofessionellen Team ist das AGZ ideal dazu geeignet, die Lücken zwischen geriatrischer Prävention und sich daraus ergebenden erforderlichen spezifischen Maßnahmen zu schließen. Durch die ambulante Struktur des AGZ ergibt sich ein niederschwelliger Versorgungsansatz.

Um den flächendeckenden Aufbau von AGZ zur ermöglichen, regt der Bundesverband Geriatrie e.V. die Normierung eines eigenständigen Leistungsanspruchs auf Versorgung in Ambulanten Geriatrischen Zentren nach dem Vorbild der SAPV (§ 37b SGB V) an.

Dafür müssen die heute bestehenden Versorgungsansprüche (TK, AGR, MGR, GIA – vorbehaltlich der erforderlichen KV-Ermächtigung) zu einer neuen nicht-vollstationären geriatrischen Gesamtleistung zusammengefasst werden. Die Gesamtleistung des AGZ sollte dabei insbesondere eine patientenindividuelle Kombinationsmöglichkeit ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Leistungen ermöglichen. Durch Verankerung dieses Gesamtleistungsanspruchs kann den individuellen Bedürfnissen geriatrischer Patientinnen und Patienten zukünftig Rechnung getragen werden.

Die Leistungen von AGZ gehen dabei explizit über die bisherigen nicht-vollstationären geriatriespezifischen Leistungsarten und -umfänge hinaus, weshalb es sich um eine neue kombinierte Gesamtleistung handelt. Demzufolge wären die bestehenden Vergütungssysteme nicht um Kosten für die Versorgung in einem AGZ zu bereinigen. Vielmehr würden die bisherigen nicht-vollstationären Finanzmittel (TK, AGR, MGR, GIA) im Budget der AGZ aufgehen. Analog zu § 132d SGB V könnte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgefordert werden, gemeinsam mit den maßgeblichen geriatriespezifischen Spitzenorganisationen die wesentlichen Elemente der neuen Gesamtvergütung festzulegen.

Aufbauend auf diesem Leistungsanspruch sollte den Vertragsparteien analog § 132d SGB V die Möglichkeit eingeräumt werden, Versorgungs- und Vergütungsverträge zur Erbringung von Leistungen in Ambulanten Geriatrischen Zentren zu vereinbaren. Analog zu § 132d SGB V könnte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgefordert werden, gemeinsam mit den maßgeblichen geriatriespezifischen Spitzenorganisationen die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen.

Zu Nummer 8 a) und b)
§ 40 Absatz 3 SGB V – Geriatrische Rehabilitation zur Vermeidung, Verringerung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit

Zukünftig soll „bei einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme […] das Therapieziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit besonders berücksichtigt werden." Im Sinne einer Klarstellung soll mit dieser Ergänzung zum Ausdruck gebracht werden, „dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei geriatrischer Indikation insbesondere dem Ziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dienen oder deren Verschlimmerung entgegenwirken soll", so die Begründung des Gesetzesentwurfs. Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt diese Ergänzung und die zugrunde liegende Intention, spezifischen Bedarfen älterer, häufig morbider Patientinnen und Patienten verstärkt Rechnung tragen zu wollen. Der Gesetzentwurf erkennt damit an, dass dem Erhalt oder der Wiedererlangung von Selbstständigkeit bei vorliegender geriatrischer Indikation besondere Bedeutung zukommen. Folgerichtig und grundsätzlich begrüßenswert ist zudem, dass mit der Klarstellung auch dazu beigetragen werden soll, das geriatrietypische und patientenindividuelle Therapieziel sowohl bei der Indikationsstellung, der Beantragung als auch bei der Durchführung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen stärker zu berücksichtigen.

Ferner ist eine Ersetzung von § 40 Absatz 3 SGB V Satz 18 (Nr. 8 b des Gesetzentwurfs) vorgesehen. Damit soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgefordert werden, dem Bundesministerium für Gesundheit für die Jahre 2021 bis 2026 bis zum 30. September 2027 einen Bericht vorzulegen, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung und Hürden in der Inanspruchnahme von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden. Mit dieser Neufassung ist eine einmalige Wiederauflage der vorhandenen Berichtspflicht

des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) an das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehen. Seitens des Bundesverbandes Geriatrie wird diese Wiederauflage der Berichtspflicht des GKV-SV grundsätzlich begrüßt. Die Intention der Gesetzesänderung hinsichtlich hinter den Erwartungen zurückbleibenden Zahlen der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen – trotz weitreichender leistungsrechtlicher Voraussetzungen – wird auch seitens des Bundesverbandes Geriatrie e.V. erkannt. Sofern eine erweitere Datengrundlage – wie laut Gesetzesbegründung vorgesehen – geeignet ist, bestehende strukturelle Defizite, organisatorische Hindernisse oder gezielte Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation zu entwickeln, ist dieses gesetzgeberische Ziel ausdrücklich zu begrüßen.

Mit den nun vorliegenden Gesetzesänderungen hat der Gesetzgeber offensichtlich anerkannt und näher präzisiert, dass für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen und ihren anspruchsberechtigten Versicherten spezifische Versorgungsbedarfe typisch sind, die angesichts besonderer Therapieziele gleichermaßen bei der Indikationsstellung, der Beantragung als auch bei der Durchführung zum Ausdruck kommen. Der Bundesverband Geriatrie e.V. weist daher – wie bereits in der Vergangenheit wiederholt gefordert – abermals darauf hin, dass vor diesem Hintergrund und bei zukünftig ggf. erforderlichen weiteren gesetzlichen Regelungen oder Überarbeitungen und Neufassungen von Richtlinien nach § 92 SGBV die Einbindung von geriatriespezifischem Sachverstand und die Berücksichtigung von Versorgungsexpertise zwingend erforderlich sind.