

Prävention in der Pflege

Impulse für eine präventive Neuausrichtung
des SGB XI



STUDIEN
BERICHT

Prävention in der Pflege

Impulse für eine präventive Neuausrichtung des SGB XI

Dr. Grit Braeseke

Diskussionspapier

für den PKV-Verband

Berlin, 22. September 2025

Autoren

Dr. Grit Braeseke

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Ausgangslage	6
2.	Wo stehen wir heute?	6
3.	Was können wir tun?	9
4.	Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf	13
4.1	Anpassung der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI	13
4.2	Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung	14
4.3	Leistungen bei Pflegegrad 1	15
4.4	Weiterentwicklung der Pflegeberatung	18
4.5	Rolle der Pflege im Rahmen der Gesundheitsversorgung	21
4.6	Exkurs: Internationales Beispiel einer stärker präventiv ausgerichteten pflegerischen Versorgung	22
5.	Fazit	26
	Literaturverzeichnis	28

1. Ausgangslage

Angesichts bereits heute immer deutlicher hervortretender Probleme bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung stellt sich mit Blick auf die zu erwartende Entwicklung in den nächsten zwanzig bis dreißig Jahren (Stichwort Verrentung der Babyboomer-Generation) die Frage, wie wir dem absehbar steigenden Pflegebedarf wirksam entgegenwirken können. Das Verhindern und Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit rückt damit stärker in den Fokus der Öffentlichkeit.

Nach langjährigen Diskussionen und wissenschaftlichen Vorarbeiten wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) mit Wirkung ab dem 01.01.2017 in Deutschland eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit im Sozialgesetzbuch XI eingeführt. Der bis Ende 2016 gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff zielte im Wesentlichen auf den krankheitsbedingten Hilfebedarf einer Person bei den sogenannten Verrichtungen des täglichen Lebens. Mit der expliziten Auflistung „gewöhnlicher und regelmäßig wiederkehrender Verrichtungen“ in den vier Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung definierte der Gesetzgeber den Begriff der Pflegebedürftigkeit detailliert, um „Rechtssicherheit zu schaffen“ sowie „zur Vermeidung von Ausuferungen“ (Heitmann & Plantholz 2018) bei der leistungsrechtlichen Anerkennung von Pflegebedarfen. „Dieser Verrichtungsbezug hat in vielerlei Hinsicht eine prägende [d. h. einengende] Kraft ausgeübt - sowohl auf das professionelle Handeln und die Rahmenbedingungen als auch auf die Erwartungen und Vorstellungen, die Pflegebedürftige und Angehörige damit verbinden.“ (Beikirch & Nolting 2020).

Der nun seit 2017 geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff legt „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 SGB XI) einer Person als Maßstab für den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zugrunde. Die aus Mitteln der SPV gewährten Leistungen „sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Dazu gehören auch die Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen.

Dieser eindeutig präventiv ausgerichtete gesetzliche Auftrag spiegelt sich jedoch bisher kaum in den Leistungen der SPV wider. Wenn es künftig besser gelingen würde, das Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention auszuschöpfen, würden nicht nur finanzielle und personelle Ressourcen geschont, sondern gleichzeitig für viele Menschen im Alter die Lebensqualität verbessert werden.

2. Wo stehen wir heute?

Historisch betrachtet hat sich die Sterblichkeit ab dem 18. Jahrhundert erheblich verringert und die Lebenserwartung gleichzeitig nahezu verdoppelt. Im 18. Jahrhundert verstarben die Menschen vor allem an übertragbaren, endemischen Infektionskrankheiten und Seuchen - heutzutage gehören nicht übertragbare, chronische Krankheiten, allen voran Herz-Kreislauf-, Krebs-, Atemwegs- und psychische

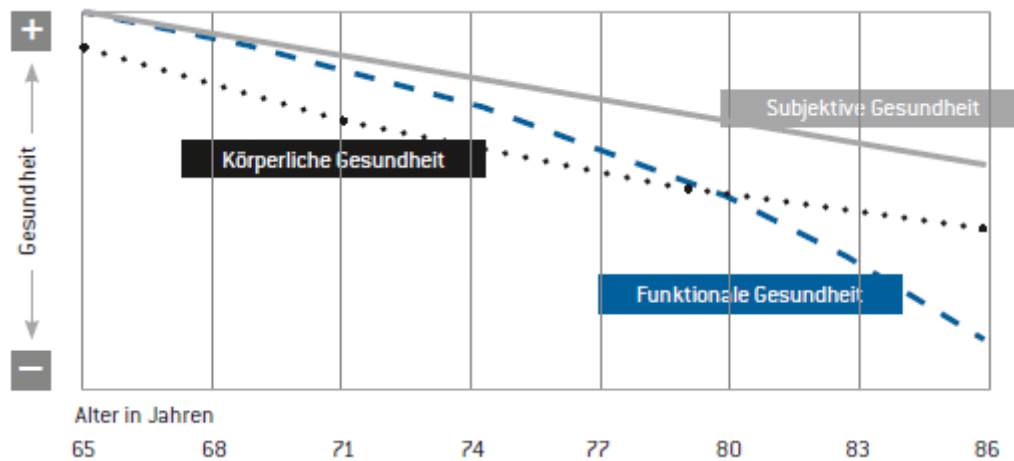
Erkrankungen, zu den häufigsten Todesursachen.¹ Der medizinische Fortschritt hatte auf diese Entwicklung nur einen relativ geringen Einfluss. Die Hauptursachen der steigenden Lebenserwartung lagen im sozialen Wandel und in sozioökonomischen Faktoren (verbesserte Lebens- und Arbeitsverhältnisse, Hygiene, Ernährung etc.) (Fach et al. 2014).

Chronische Erkrankungen machen demnach einen Großteil der Krankheitslast aus, und gehen mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität einher. Sie führen im weiteren Verlauf zu gesundheitlich bedingten Einschränkungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie der Selbständigkeit im Alltag und damit zu Pflegebedürftigkeit gem. § 14 SGB XI. D. h., dass nur ein Teil der gestiegenen Lebenserwartung auch bei guter Gesundheit verbracht werden kann. „Gesundheit und Lebenserwartung künftig stärker in Einklang zu bringen, ist daher eine der größten Herausforderungen, vor der wir im Zeitalter der Langlebigkeit stehen“ (Stanford Center on Longevity 2024: 26 (eigene Übersetzung)). Damit verbunden ist die Erkenntnis, dass gute Gesundheit im Alter vor allem ein Resultat eines gesunden Lebensstils über die gesamte Lebensspanne hinweg ist, und dass auch Faktoren wie Bildungschancen, Erwerbsarbeit und soziale Teilhabe Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit haben.

Die folgende Abbildung 1 verdeutlicht die Entwicklung von körperlicher und funktionaler Gesundheit in höherem Alter: Mit zunehmender Schwere und Anzahl von Erkrankungen verschlechtert sich auch die funktionale Gesundheit. Während gesundheitliche Beeinträchtigungen zunächst noch kompensiert werden können (funktionale Gesundheit besser als körperliche), nimmt die funktionale Gesundheit ab dem Alter von rund 80 Jahren schneller ab als die körperliche Gesundheit und dadurch erhöht sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, deutlich. Komorbiditäten wie Depression und Schmerzen führen dabei in besonderem Maße zur Verschlechterung der Lebensqualität.

¹ In den Jahren 2020 und 2021 landete allerdings COVID weltweit auf Rang 3 (2020) bzw. 2 (2021) der häufigsten Todesursachen – nach den koronaren Herzkrankheiten und gefolgt von Schlaganfall und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) (Naghavi et al. 2024).

Abbildung 1: Entwicklung von körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter



Quelle: DZA (2013)

Die Gesundheitsversorgung einschließlich Langzeitpflege hierzulande fokussiert immer noch zu sehr auf einzelne Krankheitsbilder und medikamentöse Behandlungen, kaum dagegen auf die gravierenden Folgen chronischer Erkrankungen für die Lebensqualität und die Funktionalität im Alltag (Güthlin et al. 2020). Die vielfach diskutierten, unterschiedlichen Systemlogiken von SGB V und SGB XI gehen darüber hinaus mit Versorgungsbrüchen und Fehlanreizen auf Seiten der Kostenträger einher, frühzeitig Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit einzuleiten.

In Deutschland hat sich die Zahl der sog. Healthy Life Years für Menschen ab 65 Jahren im Zeitraum 2015 bis 2022 sogar deutlich verringert: für Frauen von 12,3 auf 8,6 Jahre und für Männer von 11,4 auf 8,2 Jahre (Eurostat)² - eine klare Folge der mangelnden Präventionsorientierung des Gesundheitswesens. Der Anteil der jährlichen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten an den laufenden Gesundheitsausgaben (d. h. ohne Investitionen) lag 2015 bei 1,7 % (3,3 Mrd. €) und sank 2023 auf 1,6 % (4,5 Mrd. €) ab.³ Für die Soziale Pflegeversicherung werden Ausgaben zur Gesundheitsförderung erstmals im Jahr 2016 ausgewiesen – mit dem Präventionsgesetz 2015 wurden die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen, und damit für Personen, deren Pflegebedürftigkeit in der Regel schon deutlich weiter fortgeschritten ist als bei Personen im häuslichen Setting. Die Ausgaben dafür beliefen sich 2016 auf 6 Mio. € (0,02 % der laufenden Gesundheitsausgaben der SPV). Im Jahr 2021 waren es dann

² Eurostat verweist darauf, dass die Daten für 2022 eine eingeschränkte Aussagekraft haben (vermutlich aufgrund der Coronapandemie).

³ Daten Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, Abruf unter www.gbe-bund.de am 16.09.2025.

23 Mio. € (0,05 %) und 2023 rund 30 Mio. € (0,05 % der laufenden Gesundheitsausgaben der SPV). Im Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP vom 08.09.2025) ist u. a. vorgesehen, dass künftig auch Pflegebedürftige in häuslicher Pflege von den Pflegekassen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt werden können (s. § 5 neuer Abs. 1a SGB XI).

Die „Last“ chronischer Erkrankungen zeigt sich auch bei den Krankheitskosten: Im Jahr 2020 verursachten Erkrankungen der Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99) und Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99) mit jeweils 680 Euro je Einwohner die höchsten Krankheitskosten, gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93) mit 570 Euro je Einwohner und Neubildungen (C00 – D48) mit 530 Euro je Einwohner (Statistisches Bundesamt, Krankheitskostenrechnung). Im Zeitverlauf von 2015 bis 2020 stiegen die Krankheitskosten für Neubildungen mit + 65,6 % mit Abstand am höchsten an (über alle Krankheiten hinweg lag der Anstieg der Krankheitskosten je Einwohner bei + 25,4 %).⁴

Die Erkenntnis ist endlich auch in der Politik angekommen. Derzeit wird eine breite, grundsätzliche Debatte zum Stellenwert und zu den Potenzialen von Prävention für die Sicherung der Gesundheits- und Pflegeversorgung der Bevölkerung geführt. Aus der Fülle von Stellungnahmen sei hier der von der Bundesregierung berufene ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ hervorgehoben: „Eine konsequente Umsetzung von Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung kann die Krankheitslast und Kosten für das Versorgungssystem senken und Unternehmen durch Senkung des Krankenstandes entlasten.“ (ExpertInnenrat 2024: 10)

3. Was können wir tun?

Da sich die Unterschiede in den gesundheitlichen Ressourcen, die sich bei Personen gleichen Alters in höheren Jahrgängen zeigen, nur zu rund 25 % auf genetische Faktoren zurückführen lassen und zu rund 75 % das Ergebnis der im Laufe des Lebens an den Tag gelegten Verhaltensweisen und äußeren Einflüsse sind (WHO 2015), wird der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Laufe des gesamten Lebens für die Entstehung (bzw. Vorbeugung) von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit besonders deutlich.

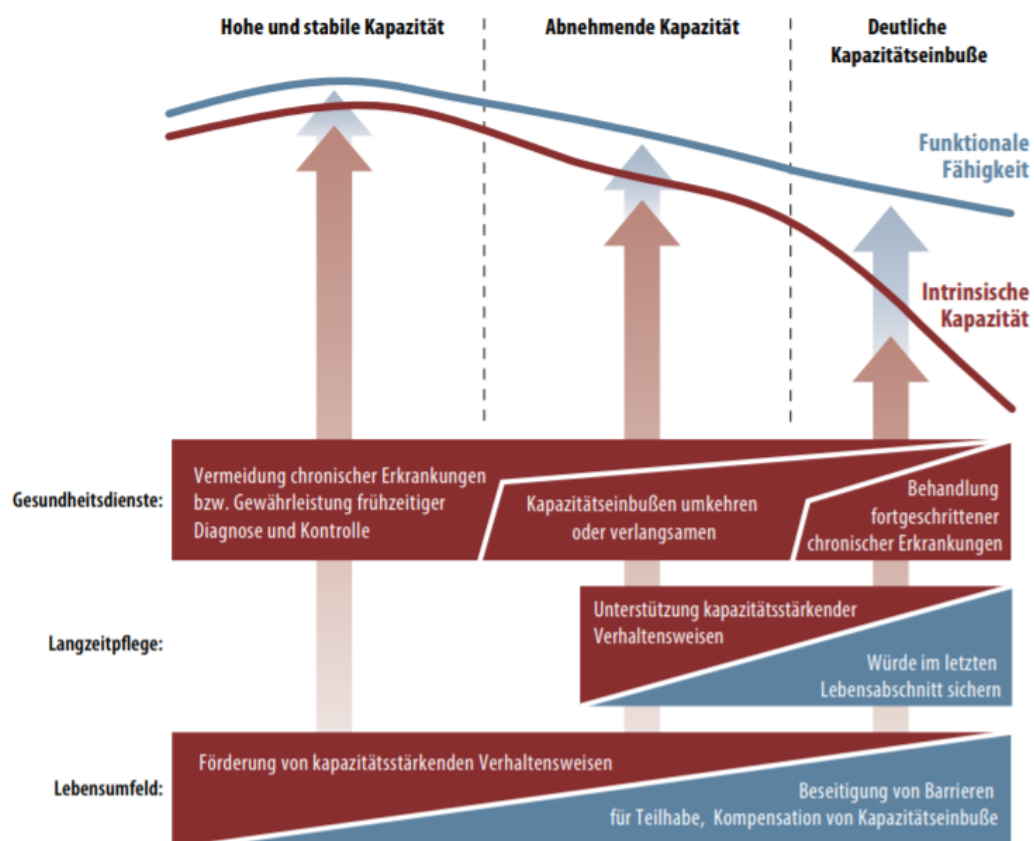
Die Studie GEDA 2019/2020-EHIS untersuchte das Gesundheitsverhalten in Deutschland in einer bevölkerungsweiten, repräsentativen Stichprobe. Berücksichtigt wurde eine Auswahl an Verhaltensweisen, die als Bestandteile eines gesundheitsförderlichen Lebensstils gelten (risikoarmer Alkoholkonsum, kein aktuelles Rauchen, täglicher Obst- und Gemüseverzehr, Ausdaueraktivität und Normalgewicht halten). Weitere Indikatoren, wie das Schlafverhalten oder der Umgang mit Stress konnten mit den vorliegenden Daten nicht berücksichtigt werden. Die meisten Erwachsenen in Deutschland setzen zwei oder drei der fünf genannten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen um (56,2% der Frauen und 62,5% der Männer).

⁴ Datenabruf am 26.09.2024 unter www.gbe-bund.de.

Im späteren Erwachsenenalter ist insbesondere der Anteil derjenigen, die mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv sind oder ein Körpergewicht im Normalbereich haben, geringer als in jüngeren Kohorten. Insgesamt können weder Alter noch Geschlecht allein die unterschiedlichen Prävalenzen von gesundheitsrelevantem Verhalten erklären. Auch sozioökonomische Faktoren spielen eine wichtige Rolle. Über alle Altersgruppen und alle betrachteten Verhaltensweisen hinweg zeigt sich, dass der Anteil mit günstigem Gesundheitsverhalten bei Menschen mit höherer Bildung signifikant höher ist als bei Menschen mit niedriger Bildung (Richter et al. 2021).

Entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Entwicklung des Krankheitsgeschehens hat die WHO 2015 in ihrem „World Report on Ageing and Health“ einen konzeptionellen Rahmen für die Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems entwickelt (vgl. Abbildung 2) und allgemeine Public-Health-Handlungsansätze für die Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte auf den Ebenen Gesundheitsversorgung, Pflege und Umwelt/Infrastruktur formuliert (vgl. unterer Bereich in Abbildung 2): Für Personen, die sich (unabhängig vom Lebensalter) im ersten Stadium auf hohem Ressourcenniveau befinden, stehen die Prävention chronischer Erkrankungen und die Förderung gesunder Lebensstile im Vordergrund. Haben sich bereits chronische Erkrankungen manifestiert, gilt es, deren Folgewirkungen zu minimieren und funktionalen Einschränkungen vorzubeugen – die Rolle förderlicher Umweltfaktoren für Personen im zweiten Stadium sinkender Kapazitäten nimmt zu. Sind die individuellen Ressourcen schließlich infolge fortschreitender Erkrankung und/oder hohen Alters in hohem Maße aufgebraucht, sinkt auch die Funktionsfähigkeit (drittes Stadium), und es entsteht Pflegebedarf. Langzeitpflege hat die Aufgabe, ein Niveau der Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, das die Wahrung grundlegender Persönlichkeitsrechte, Freiheiten und der Menschenwürde sowie die Erledigung der für das eigene Wohlbefinden notwendigen Alltagsaktivitäten ermöglicht (WHO 2015: 32 ff.).

Abbildung 2: Konzeptioneller Rahmen der WHO für Gesundes Altern



Quelle: WHO 2015.

Blüher et al. analysierten Daten aus den Begutachtungen des medizinischen Dienstes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aus dem Jahr 2017. Neben dem Geschlecht, Alter und den Erkrankungen der begutachteten Personen wurde auch der Einfluss der Wohnsituation (allein lebend ohne Hilfe, allein lebend mit Hilfe und mit weiterer Person zusammen lebend) auf die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit untersucht. Es zeigte sich, dass Personen mit Demenz, Lungenkrebs und Hirninfarkt eine höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, in einen hohen Pflegegrad (4 oder 5) eingestuft zu werden, als Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen (Referenzkategorie). Weiterhin hat neben dem Alter auch die Wohnsituation Einfluss auf die Einstufungsempfehlung: Verglichen mit Alleinlebenden ohne soziale Unterstützung (Referenz) stieg das Risiko für eine höhere Ersteinstufung bei Menschen, die mit einer weiteren Person zusammen lebten, an (OR-Bereich: 5,43–14,38). Dies verweist auf mögliche protektive Wirkungen enger sozialer Beziehungen (vor allem Partner), die einen wachsenden Hilfe- und Pflegebedarf zunächst kompensieren können. Die Autorinnen und Autoren resümieren, dass die Befunde insgesamt eine Argumentation stärken, wonach Pflegebedürftigkeit auch präventiv zu beeinflussen und nicht in jedem Falle unvermeidbar ist. Dafür spricht zum einen die hohe Varianz des Lebensalters bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit,

verbunden mit der Frage nach den Ressourcen, die dazu führen, dass eine Person nicht schon mit 78, sondern erst mit 88 Jahren einen Bedarf an Pflege und Unterstützung anzeigt (Blüher et al 2021).

In einer Folgestudie untersuchten Blüher et al. auch Begutachtungsergebnisse aus den Jahren 2018/2019, um u. a. zu erforschen, welche Faktoren einen präventiven Einfluss auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit haben. Dafür nahmen sie besonders jene Personen unter die Lupe, die sowohl 2017 als auch erneut ein bis zwei Jahre später begutachtet wurden, und beide Male keine Pflegebedürftigkeit gem. § 14 SGB XI aufwiesen. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, ohne Pflegegradeinstufung zu bleiben, hatten demnach jüngere Antragstellerinnen und Antragsteller sowie Personen ohne Partnerschaft. Möglich ist, dass letztere aufgrund fehlender informeller Unterstützung frühzeitiger, d. h. bei noch relativ gering ausgeprägter Beeinträchtigung der Selbständigkeit, einen Begutachtungsantrag stellen als Personen, die von einem Lebenspartner unterstützt werden. Im Zeitraum 2018/2019 waren, so die Studienergebnisse,

- ♦ eine Verbesserung der Gesundheit,
- ♦ seit 2017 ohne soziale Unterstützung zu sein,
- ♦ muskuloskelettale Erkrankungen sowie
- ♦ chronisch ischämische Herzkrankheiten

ebenfalls mit einer erhöhten Chance, ohne Pflegegrad zu bleiben, assoziiert. Als Fazit stellten die Autorinnen und Autoren fest, dass soziodemografische und gesundheitsbezogene Determinanten in Wechselwirkung betrachtet werden müssten, um zusätzliche Präventionspotenziale auszumachen, und dass tertiärpräventives und rehabilitatives Handeln deutlich zu stärken seien. Ihre Empfehlungen richten sich sowohl auf medikamentöse Ansätze – etwa zur Verlangsamung von pathologischen Abbauprozessen - als auch auf nichtmedikamentöse Strategien der Ressourcenstärkung, wie gezieltes kognitives Training, die Ermöglichung von sozialer Teilhabe sowie den Einsatz von technischen Hilfsmitteln (z. B. Orientierungshilfen) zur Kompensierung leichter kognitiver Einschränkungen. Zum anderen seien angesichts häufiger Diagnosen in der beschriebenen Gruppe (vor allem im muskuloskelettalen Formenkreis) angemessene medikamentöse und nichtmedikamentöse Ansätze zur Schmerztherapie ebenso zu empfehlen wie zielgruppenadäquate, bewegungsfördernde und mobilisierende Angebote. Und abschließend heißt es: Ansatzpunkte zur krankheitsbezogenen Prävention wie auch zur Stärkung individueller und sozialer Ressourcen sollten als Bestandteil des Begutachtungsverfahrens standardmäßig allen Antragstellerinnen und Antragstellern unterbreitet werden, denen nach Prüfung noch kein Pflegegrad gemäß SGB XI zuerkannt wurde (Blüher et al. 2023: 496). Ein solches Vorgehen würde erfordern, dass die Pflege- und Krankenkassen entsprechende Beratungsangebote etablieren und die Versicherten bei der Rückmeldung zum Begutachtungsergebnis darauf verweisen.

4. Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention wird im Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ von den Kooperationspartnern des Verbunds *gesundheitsziele.de* zwar hervorgehoben (BMG 2012) – dennoch ist das derzeitige Versorgungssystem noch viel zu wenig darauf ausgerichtet, mittels verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze der weiteren Verschlechterung der Gesundheit bei Personen mit Pflegebedarf vorzubeugen. Angesichts der rechtlich normierten Zielsetzung häuslicher Pflege – „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (§ 36 Abs. 2 SGB XI) – muss pflegerisches Handeln sowohl die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im engeren Sinn (Krankheiten) als auch die funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen (Ressourcen) in ihrer Gesamtheit betrachten, aber individuell mit Blick auf die Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit. Das erfordert, wie auch vielfältige internationale Erfahrungen zeigen, insbesondere

- ♦ die Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes, der auch das familiäre Umfeld einschließt,
- ♦ ein Case Management zur Steuerung und Koordinierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie
- ♦ eine enge Abstimmung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsfachkräften (idealerweise in einem multiprofessionellen Team).

Mit dem Präventionsgesetz 2016 wurden die Pflegekassen verpflichtet, Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen – nicht jedoch für zu Hause versorgte pflegebedürftige Personen, bei denen die Präventionspotenziale in der Regel noch viel höher sind. Dies soll nun im Zuge des geplanten Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) geändert und Leistungen zur Prävention gem. § 5 SGB XI künftig auf die häusliche Pflege ausgeweitet werden (siehe dazu unten Abschnitt 4.5).

4.1 Anpassung der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI

Um aus Sicht der Leistungserbringer diese Punkte umsetzen zu können, bedarf es veränderter Rahmenbedingungen – allem voran der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, die u. a. explizit Art, Inhalt und Umfang der von den Pflegeunternehmen durchzuführenden Pflegesachleistungen verbindlich beschreiben und die, Stand September 2025, immer noch größtenteils verrichtungsbezogen definierte Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe (wie beispielsweise kleine Morgentoilette oder Zubereiten einer Mahlzeit) für die Vergütung zugrunde legen. Da bleibt den Pflegekräften vor Ort wenig Spielraum für individuelle, sich tagesaktuell

ändernde Bedarfe, für eine gezielte Ressourcenförderung oder für Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation.

Damit dieser Prozess, insbesondere in der ambulanten Pflege, nun vorankommen kann, hat Ende 2021 eine Expertengruppe mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit einen konzeptionellen Vorschlag für die Beschreibung „pflegerischer Aufgaben“ in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI für die ambulante Pflege vorgelegt (Expertengruppe 2021). Dort werden im „§ 3 Formen der Hilfe“ folgende konkrete Vorschläge zur Beschreibung von Leistungen in der ambulanten Pflege gemacht, die den professionell Pflegenden mehr Handlungsspielraum geben und eine person- und situationsgerechte Leistungserbringung im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fördern:

- ◆ Hilfen in Form von Information, Anleitung und Beratung
- ◆ Hilfen zur Kompensation fehlender Selbständigkeit durch vollständige oder partielle Übernahme von Handlungen (auch Interventionen auf kognitiver Ebene)
- ◆ Hilfen kommunikationsintensiver Art zur Entlastung in psychisch belastenden Situationen, zur Unterstützung in Entscheidungssituationen, zur Unterstützung der Gestaltung des pflegerischen Alltags, zur Nutzung von Hilfsmitteln, zur Aufrechterhaltung einer sicheren Versorgungsumgebung
- ◆ Hilfen zur Begleitung des pflegebedürftigen Menschen im Sinne von Anwesenheit
- ◆ Hilfen die den pflegebedürftigen Menschen und seine An- und Zugehörigen bei der Koordination weiterer Hilfen unterstützen

Weiterhin werden in den §§ 4a bis 4c die pflegerischen Aufgaben beschrieben, getrennt nach übergreifenden Aufgaben (die Steuerung des Pflegeprozesses, die Bewältigung von Risikosituationen, die Abstimmung mit anderen professionellen Akteuren und die Koordination eines komplexen Versorgungsgeschehens), Aufgaben in den sechs Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung, Bewältigung und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, und ergänzende Hilfen bei der Haushaltsführung und Sterbebegleitung.

4.2 Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung

2023 wählten 54,5 % der Leistungsempfänger der SPV (3,1 Mio. Personen, ab Pflegegrad 2) die Hauptleistungsart Pflegegeld, darunter auch rund 365.000 Personen in den Pflegegraden 4 und 5. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger noch bei 45,6 %.

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegeld werden, wenn sie nicht eine Tagespflege besuchen, regelmäßig ohne professionelle Pflege, von Angehörigen bzw. sonstigen Personen versorgt. Wofür die Pflegehaushalte das Pflegegeld ausgeben, ist

weitgehend unbekannt. Wie aus der folgenden Abbildung 3 hervorgeht, verweist der größte Anteil der 2021 im Rahmen einer Studie des Sozialverbands Deutschland (VdK) befragten Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger pauschal auf „laufende Ausgaben“, die eher nicht pflegespezifisch sind. Die pflegebedürftigen Personen selbst nennen mit knapp 60 % am häufigsten die Verwendung des Pflegegeldes als Aufwandsentschädigung für Angehörige bzw. Hauptpflegepersonen. Rund ein Drittel setzt das Geld für Dienstleistungen, die im Leistungskatalog der SPV nicht vorgesehen sind, ein.

Abbildung 3: Verwendung des Pflegegeldes, 2021 (Mehrfachnennungen)

	Angehörige (n=16.970)	Pflegebedürftige Menschen (n=3.960)
Für laufende Ausgaben	51,8%	41,7%
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	38,6%	33,7%
Für Angehörige/Hauptpflegepersonen („Das bekomme ich“)	36,6%	59,2%
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	18,6%	25,5%
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	12,4%	3,7%
Für ehrenamtliche Hilfe	8,2%	12,2%
Sonstiges	18,2%	15,7%

Quelle: Büscher et al. (2023)

Wenn steigende fachliche Anforderungen an die pflegerische Versorgung, wie mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff intendiert, einhergehen mit Pflegesettings, die zunehmend ohne professionelle pflegerische Unterstützung agieren, ist das im Hinblick auf die Zielstellung einer „Stabilisierung der Pflegesituation“ problematisch. Der Pflegegeldbezug sollte daher künftig nicht nur an die verpflichtenden Beratungsbesuche (§ 37 Abs. 3 SGB XI) gekoppelt werden, sondern zusätzlich beispielsweise an das Absolvieren einer Beratung (z. B. gem. § 7a SGB XI) und eine Schulung der pflegenden Privatpersonen, insb. bei der Betreuung von Menschen mit Demenz.

4.3 Leistungen bei Pflegegrad 1

Der niedrigschwellige Pflegegrad 1 („geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“) wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz II (Inkrafttreten 01.01. 2016) geschaffen, um das erklärte Ziel der Reform – einen verbesserten Zugang zur Pflege für Personen, deren Unterstützungsbedarf vor allem infolge somatischer Beeinträchtigungen besteht – zu gewährleisten (Schwinger et al. 2023). Mit dem neuen Pflegegrad 1 werde zudem der Aspekt der Prävention bei

Pflegebedürftigkeit gestärkt, so die Begründung des Gesetzgebers (Bundesregierung 2015: 109).

Die Leistungen bei Pflegegrad 1 umfassen gem. § 28a SGB XI

- ◆ Pflegeberatung gem. §§ 7a und 7b,
- ◆ Beratung in der eigenen Häuslichkeit (gem. § 37 Abs. 3 SGB XI),
- ◆ zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen einschließlich einer Anschubfinanzierung zu deren Gründung,
- ◆ Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,
- ◆ Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes,
- ◆ zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,
- ◆ Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen und
- ◆ den Entlastungsbetrag gemäß § 45b SGB XI (bis zu 131 Euro monatlich als Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, für Leistungen der ambulanten Pflegedienste und für die Inanspruchnahme landesrechtlich anerkannter Leistungen zur Unterstützung im Alltag).

Die spezifischen Entlastungs- und Betreuungsleistungen tragen nach Ansicht der Bundesregierung als niedrigschwellige Angebote dazu bei, die häusliche Versorgung zu stabilisieren und die Pflegepersonen zu entlasten. Als präventive Leistungen, die „die Abhängigkeit von fremder Hilfe im Pflegegrad 1 noch weiter zu reduzieren“ sollen, werden die „regelmäßige[n] qualifizierte[n] Beratungsmöglichkeiten in der eigenen Häuslichkeit, die Zurverfügungstellung von Pflegehilfsmitteln sowie die Gewährung von Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfeldes“ genannt (Bundesregierung 2015: 134).

Eine Untersuchung von Medicproof, dem medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen, zum Pflegegrad 1 in der Begutachtung analysierte Daten aus knapp 110.000 Gutachten aus dem Jahr 2023 und kam zu folgenden Erkenntnissen (Medicproof 2024):

- ◆ 44 % der Menschen mit Pflegegrad 1 leben allein, 52 % leben in häuslichen Gemeinschaften. Sie werden zu 83 % durch private Pflegepersonen versorgt, 4 % haben gar keine Unterstützung.
- ◆ Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 sind bei der Antragstellung mit fast 79 Jahren im Durchschnitt die ältesten Pflegebedürftigen im Vergleich zu den anderen Antragstellerinnen und Antragstellern.
- ◆ Sie sind nicht pflegebedürftig, weil sie bestimmte isolierte schwere Einschränkungen haben, sondern weil die Kombination vieler kleiner Einschränkungen in den Modulen 4, 5 und 6, die mit Einschränkungen im

Bereich der Selbstversorgung, der krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie der Gestaltung des Alltagslebens einhergehen, zur benötigten Punktzahl für die Einstufung in Pflegegrad 1 führt (vgl. Abbildung 4). Die Versicherten sind insbesondere im Bereich der Haushaltsführung eingeschränkt, was auch am häufigsten den Ausschlag zur Antragstellung gibt.

Abbildung 4: Einschränkungen bei Personen mit PG 1 im Vergleich zu PG 2 und Personen, denen kein PG zuerkannt wurde

2023 Einschränkung	Kein PG	GRAD_1	GRAD_2
Untere Bewegung	81%	92%	93%
Obere Bewegung	56%	69%	79%
Ernährung	9%	24%	46%
Innere Organe	71%	76%	78%
Blase	42%	51%	58%
Sehen	93%	93%	92%
Haut	18%	23%	27%
Hören	39%	47%	50%
Anzahl Befunde	3,98	4,75	5,23

Quelle: Medicproof 2024: 5.

- ◆ Trotz ihres Alters und ihrer Pflegebedürftigkeit sind viele der Versicherten mit Pflegegrad 1 noch sehr selbständig. Je nach Wohnsituation bescheinigen 60 bis 83% der Gutachterinnen und Gutachter den versicherten Personen, sich „fast immer“ oder „überwiegend“ noch selbst gut versorgen zu können. Über 80 % können Mahlzeiten selbst zubereiten und einfache Reinigungs- und Aufräumarbeiten erledigen.
- ◆ Von einem Antrag erhoffen sich die Pflegebedürftigen primär finanzielle Unterstützung. Eine Einbindung professioneller Pflege wird nur in geringem Maße nachgefragt. Heilmittel und Reha-Maßnahmen spielen für die Versicherten bei Antragstellung keine Rolle. Die Mehrheit der Versicherten verfügt über Heilmittel oder ist ausreichend versorgt.

Die Befunde der Untersuchung bestätigen weitgehend die von der Bundesregierung in der Gesetzesbegründung aufgeführten Annahmen zu Charakteristika und den Bedarfen von Personen mit PG 1. Zwar liegen bisher keine Daten zur Nutzung des Entlastungsbetrages bei Personen mit PG 1 vor, aber aus der Praxis wird

berichtet, dass es insb. in ländlichen Regionen zu wenig landesrechtlich anerkannte Angebote gibt.

Die noch weitgehende Selbständigkeit und das Fehlen schwerer Erkrankungen mit gravierenden Folgen für die Selbständigkeit bei den Personen mit PG 1 lassen vermuten, dass trotz des höheren Alters noch deutliche Präventionspotenziale bestehen, die, wenn sie gezielt weiter gestärkt werden, eine weitere Verschlechterung der funktionalen Gesundheit verhindern können. Ansatzpunkte zur krankheitsbezogenen Prävention wie auch zur Stärkung individueller und sozialer Ressourcen sollten, wie auch bereits für die Personengruppe ohne Pflegegrad von Blüher et al. 2023 empfohlen (vgl. Abschnitt 3), den Personen mit PG 1 zeitnah nach der Begutachtung standardmäßig angeboten werden.

4.4 Weiterentwicklung der Pflegeberatung

Professionelle Beratung in der Pflege hat ein hohes Potenzial zur gesundheitlichen Prävention: So kann die Beratung gesundheitliche Risiken und Ressourcen identifizieren und Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie deren Bewältigung nehmen (ZQP o. J.). Der Gesetzgeber hat im Leistungsrecht der SPV verschiedene Leistungen zur Aufklärung und Auskunft (§ 7 SGB XI) sowie zu individueller Beratung (§§ 7a und 37 SGB XI) vorgesehen. Während sich Aufklärung und Auskunft auf allgemeine, im Leistungsrecht vorgesehene Ansprüche beziehen, soll Beratung auf die konkrete Situation der Anspruchsberechtigten zugeschnitten sein.

Durch die 2008 eingeführte und als individuelles Fall- bzw. Case-Management konzipierte Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI soll die Versorgung der Versicherten im konkreten Einzelfall zielgerichtet verbessert werden. Die Vorschrift enthält seit 2016 aber die allgemein-pflegerechtliche Beratungspflicht der Pflegekassen, die ausweislich der Gesetzesbegründung durch das Pflegestärkungsgesetz II aus dem § 7 Abs. 2 aF in den § 7a „überführt“ wurde. Damit ist § 7a Abs. 1 SGB XI seit 2016 zentrale Vorschrift für die zwei unterschiedlichen Beratungspflichten der Pflegekassen - die allgemein-pflegerechtliche Beratungspflicht einerseits und die Pflegeberatung i. S. d. Fallmanagements andererseits (Eisfeld & Krahmer 2018: 5ff).

Die allgemein-pflegerechtliche Beratungspflicht der Pflegekassen ist sehr weitgehend: Sie umfasst alle mit der Pflegebedürftigkeit im konkreten Einzelfall zusammenhängenden Fragen, insb. zu jeglichen Leistungen der Pflegeversicherung, aber auch die Leistungen und Hilfe anderer Träger, wie der gesetzlichen Krankenversicherung, der Berufsgenossenschaften, der Versorgungsämter, der Sozialhilfeträger und der Rehabilitationsträger nach dem SGB IX. Auch weitergehende Fragen können betroffen sein, wie bspw. der Hinweis auf eine konkret geeignete Pflegeeinrichtung. Pflegeberatung im Sinne des Fallmanagements ist in § 7a Abs. 1 SGB XI ausdrücklich definiert und geht im Umfang wie im Inhalt über die individuelle Beratung zu einzelnen Leistungsangeboten hinaus. „Bei Fallmanagement handelt es sich um einen kommunikativen Prozess, in dem der konkrete Hilfebedarf einzelner Versicherter ermittelt und mittels verfügbarer oder auch erst zu organisierender

Ressourcen abgedeckt wird. Der Bedarf an Pflege, Versorgung und Betreuung ist fortlaufend zu erheben und die Bedarfsdeckung nicht nur zu planen und zu koordinieren, sondern auch zu überwachen und zu evaluieren. Beratung stellt mithin nur ein Instrument des Fallmanagements dar. Sie wird erweitert um den Aspekt der konkreten Hilfestellung bei der Findung, Geltendmachung und Entgegennahme der Leistungen.“ (Steuerungsfunktion) (ebd.: 12)

Die fehlende ausdrückliche Regelung der allgemein-pflegerechtlichen Beratungspflicht in § 7 a Abs. 1 erschwert eine trennscharfe Abgrenzung der beiden unterschiedlichen Beratungspflichten und damit deren Inanspruchnahme, wobei die allgemein-pflegerechtliche Beratung den Regelfall, das Fallmanagement die für besonders gelagerte Pflegefälle vorgesehene Ausnahme darstellt. Die allgemein-pflegerechtliche Beratung beinhaltet die individuelle Information der Betroffenen unter umfassender Berücksichtigung des konkreten Einzelfalls. Das schließt die Information über Leistungen der Pflegekassen ebenso wie etwaige Hilfemöglichkeiten anderer Träger ein. Die Umsetzung der Erkenntnisse aus dieser Beratung ist dabei jedoch den Versicherten selbst (bzw. ihren Angehörigen) überlassen. Lediglich für Fälle mit komplizierterem Hilfe- und Betreuungsbedarf erweitert die Pflegeberatung im Sinne des Fallmanagements den Beratungsauftrag (ebd.: 15).

Auch im Hinblick auf die anspruchsbegründenden Voraussetzungen bzw. den anspruchsberechtigten Personenkreis ist zwischen den beiden in der Vorschrift geregelten Beratungspflichten zu unterscheiden. Ausdrücklich geregelt sind lediglich die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Pflegeberatung im Sinne des Fallmanagements – Voraussetzung ist der Bezug von Leistungen nach dem SGB XI. Weiterhin besteht ein Anspruch auch für Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Keinen Anspruch auf Beratung im Rahmen des Fallmanagements haben rein juristisch betrachtet hingegen die Angehörigen der Betroffenen, selbst Ehegatten oder Lebenspartner nicht (Fallmanagement ist ein Individualanspruch aus dem Versicherungsverhältnis) (ebd.: 17).

Mit der Überführung der allgemein-pflegerechtlichen Beratung in den § 7a SGB XI wurde auch deren frühzeitiger Beginn „bei sich abzeichnender Pflegebedürftigkeit“ dem Wortlaut nach auf einen späteren Zeitpunkt verschoben (Personen, die Leistungen nach SGB XI erhalten, oder einen Antrag gestellt haben). Nach Ansicht von Eisfeld & Krahmer entsprach dies aber nicht dem damaligen Willen des Gesetzgebers und der frühe Beginn der allgemein-pflegerechtlichen Beratungspflicht der Sozialleistungsträger, schon vor einem etwaigen Leistungsbezug, könne darüber hinaus aufgrund der zwingenden Regelung in § 37 Satz 2 SGB I in anderen Büchern des SGB nicht abgeschafft werden. Ferner hätten auch Angehörige nach der „Überführung“ weiterhin einen eigenen Anspruch auf allgemein-pflegerechtliche Beratung (Eisfeld & Krahmer 2018: 21).

Eine rechtliche Klarstellung wäre hier wünschenswert, um die (präventiven) Potenziale einer umfassenden, auf die individuelle Situation ausgerichteten Beratung

von Personen mit (absehbarem) Pflegebedarf künftig besser ausschöpfen zu können.

Aus der bundesweiten Evaluation der Pflegeberatung 2022/23 geht hervor, dass in der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI primär Leistungen der Sozialversicherung thematisiert werden: Fast zwei Drittel der Nutzerinnen und Nutzer erhalten Informationen zum Pflegegeld (63,0 %) und/oder Informationen zum Entlastungsbetrag (61,8 %). Es folgen die Themen Hilfsmittel, Wohnumfeldverbesserungen und Informationen zu Leistungserbringern (Weitergabe von Adresslisten). Lediglich 12,7 % der Ratsuchenden nannten Informationen zu Gesundheitsförderung bzw. Prävention für die pflegebedürftige Person. Weiterhin wurde konstatiert, dass der Versorgungsplan zwar von den Pflegeberaterinnen und -beratern zu Dokumentationszwecken und zur Steuerung der Versorgung eingesetzt wird, allerdings selten mit Ratsuchenden oder anderen Akteuren geteilt wird. Auf diese Weise kann das Fallmanagement seine Wirkung nur sehr eingeschränkt entfalten. Maßnahmen, die normalerweise im Rahmen eines Fallmanagements erbracht werden, kommen nicht bei allen Nutzerinnen und Nutzern, die entsprechende Bedarfe haben, an. Dabei könnte ein Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und der Reduktion von Kontakten sowie vermehrter telefonischer Beratungsgespräche im bei der Evaluation betrachteten Zeitraum bestanden haben. Zukünftig sollte ein besonderes Augenmerk auf die Beratung im Sinne eines Fallmanagements gelegt werden, so dass diese Defizite möglichst in Folge der Normalisierung des Beratungsgeschehens wieder verschwinden (Wolff et al. 2023).

Die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei Personen mit Pflegegeld sowie mit Pflegegrad 1 sollen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege dienen (Einschätzung der Pflegesituation) und regelmäßige Hilfestellung und pflegefachliche Unterstützung für die häuslich Pflegenden anbieten. Ziel der Beratungseinsätze ist nach den Empfehlungen zur Qualitätssicherung gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI zudem die Beobachtung der Betreuungssituation und potenzieller Problembereiche, das Signalisieren von einer Hilfestellung im Bedarfsfall, das Hinweisen auf andere Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie die Information über die Gestaltung des Pflegemixes. Bei Problemen sollen Hilfestellungen und erste Lösungsschritte sowie Kurzinterventionen angewandt werden. Besonders hervorgehoben wird dabei die Aufgabe der Beratungsbesuche, auf die Beratungsmöglichkeit nach § 7a SGB XI und Pflegeschulungen nach § 45 SGB XI hinzuweisen. Weiterhin kann der Beratungseinsatz der Verzahnung mit den Unterstützungsangeboten der Pflegekassen und den PSP dienen. Lediglich vier Bundesländer greifen alle empfohlenen Inhalte in ihren Landesrahmenverträgen für die ambulante Pflege auf (Baden-Württemberg, Niedersachsen, Saarland und Thüringen). In Bayern werden im Rahmenvertrag keine Angaben zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI gemacht. Viele Bundesländer haben ältere Verträge (meist 1995) und daher ebenfalls keine Regelungen zu den Beratungseinsätzen getroffen (Wolff et al. 2023: 17, 197).

Insgesamt werden die Beratungen gem. § 37 Abs. 3 SGB XI sowohl von denen, die die Beratungseinsätze durchführen, als auch von den Pflegegeldempfängerinnen

und -empfängern⁵ positiv eingeschätzt. Die Beratungsinhalte der Beratungseinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI liegen schwerpunktmäßig auf der Aufklärung über Leistungsansprüche und auf den Belastungen in der Pflegesituation. Fast ein Viertel (23,1 %) der Beratungspersonen gibt allerdings an, dass ihnen Zeit fehlt, um ausreichend auf individuelle, biografische Besonderheiten einzugehen. Insbesondere bei (video-)telefonischen Beratungen sagte die Hälfte der Beratungspersonen (54,6 %), dass sie (fast) immer oder häufig nur einen unzureichenden Einblick in die Wohnsituation der pflegebedürftigen Person erhalten (ebd.: 202). Auf Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung wurde in 18,5 % und auf Rehabilitationsmöglichkeiten in 8 % der jeweils letzten Beratungseinsätze eingegangen (ebd.: 205). Auch hier liegen noch erhebliche Potenziale zur Verbesserung der Effektivität der Beratungseinsätze im Hinblick auf die Tertiärprävention bei bestehender Pflegebedürftigkeit und auf die Entlastung informell Pflegender.

Vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) wurde in Kooperation mit der Hochschule Osnabrück und compass private pflegeberatung ein dafür geeignetes, freizugängliches, softwaregestütztes Beratungsinstrument entwickelt - das Assessment zur Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege (PIP-Assessment). Das wissenschaftsbasierte Instrument für professionelle Beratung dient u. a. dazu, präventive Potenziale bei pflegebedürftigen Personen zu identifizieren und geeignete Präventionsmaßnahmen frühzeitig einzuleiten (ZQP 2023: 2). Ein weiteres Instrument für die Beratung zum Screening von pflegenden Angehörigen wurde von der Stiftung ZQP gemeinsam mit der Zentralen Forschungseinheit für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA) der Universitätsmedizin Mainz erarbeitet: der Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE). Es zielt auf die Identifikation von pflegenden Angehörigen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko und damit auf die Prävention von Gesundheitsproblemen und Erkrankungen in dieser Zielgruppe (ZQP 2024).

4.5 Rolle der Pflege im Rahmen der Gesundheitsversorgung

Die bis dato immer noch unselbständige Rolle beruflich Pflegender hierzulande (Stichwort Arztvorbehalt) sowie der noch kaum ausgeprägte Einsatz hochqualifizierter Pflegefachpersonen wirken ebenfalls hemmend auf die Ausschöpfung vorhandener Präventionspotenziale bei Menschen mit Pflegebedarf. Mit mehr Eigenverantwortung in Diagnostik und Therapie könnten akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen Hausärztinnen und -ärzte entlasten sowie Prozesse vereinfachen und beschleunigen. Konkrete Vorschläge zu erweiterten Aufgaben von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen wurden z. B. im Projekt 360°Pflege der Robert Bosch Stiftung erarbeitet (vgl. DIP 2022).

Einige Maßnahmen zum Ausbau der Befugnisse von beruflich Pflegenden finden sich im Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung

⁵ Personen mit Pflegegrad 1 waren in der Stichprobe der Nutzerinnen und Nutzer nicht enthalten.

in der Pflege (BEEP). Damit „sollen die fachlichen Potenziale von Pflegefachpersonen durch Erweiterung des durch sie durchführbaren Leistungsspektrums gehoben werden, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen stärker zu würdigen, die Versorgung weiter zu verbessern und die pflegerische Versorgung langfristig sicherzustellen“ (BMG 2025: 1). Von den neuen Regelungen sollen nicht nur Pflegefachpersonen mit Bachelor- oder Masterabschluss profitieren, sondern auch jene, die ihre Kenntnisse im Rahmen von qualifizierten Weiterbildungen erworben haben (ebd.: 68).

Mit dem BEEP sollen laut Bundesregierung auch „wichtige Schritte in Richtung einer präventiven Ausrichtung des Versorgungssystems vorgenommen werden.“ (ebd.: 2). Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang die vorgeschlagene Erweiterung von Leistungen zur Prävention gem. § 5 Abs. 1a (neu) SGB XI auf die häusliche Pflege und die vorgesehene neue Rolle für Pflegefachpersonen. Der Zugang zu Präventionsleistungen für Pflegebedürftige, die in häuslicher Pflege von An- und Zugehörigen und/oder einem Pflegedienst versorgt werden, soll durch zielgenaue Präventionsberatung und durch die Ermöglichung der Empfehlung einer konkreten Maßnahme durch Pflegefachpersonen verbessert werden (ebd.: 92).

Bereits heute ist bei unterschiedlichen Akteuren eine breite Kompetenz im Bereich der Präventionsberatung vorhanden, die noch gezielter genutzt werden sollte. Sowohl die Arbeit der Medizinischen Dienste als auch der Pflegeberatungen der gesetzlichen und privaten Pflegekassen und der Prüfdienste,⁶ die die Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen durchführen, hat den Grundsatz des „Vorrangs von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ (§ 5 SGB XI) zu berücksichtigen. Die Beschäftigten sind daher geschult, Präventionspotenziale zu erkennen und Präventionsangebote zu empfehlen. Die Wirksamkeit dieses Vorgehens ist jedoch bisher aus verschiedenen Gründen unbefriedigend (u. a. geringe Anzahl begutachteter Personen mit Präventions- oder Rehabilitationsempfehlung, mangelnde Einwilligung der Versicherten). So lag beispielsweise die Rehabilitationsquote, d. h. der Anteil der begutachteten Personen, die eine Empfehlung für eine Rehabilitationsmaßnahme erhielten, im Jahr 2023 bei nur 3 %; durchgeführt wurde die Leistung zur medizinischen Rehabilitation letztlich in 0,5 % der begutachteten Fälle (GKV-SV 2024).

4.6 Exkurs: Internationales Beispiel einer stärker präventiv ausgerichteten pflegerischen Versorgung

Bei Umsetzung der Vorschläge des Gesetzentwurfs des BEEP würden einige der o. g. Hemmnisse für eine stärker präventiv ausgerichtete Versorgung in der Pflege beseitigt. Abschließend soll anhand eines Beispiels aus den USA und eines darauf aufbauenden, konkreten Gestaltungsvorschlags für Deutschland verdeutlicht werden, in welche Richtung die Entwicklung gehen könnte.

⁶ Der Medizinische Dienst der Privaten Krankenversicherung heißt Medicproof, compass private Pflegeberatung führt die Pflegeberatung und Careproof die Qualitätsprüfungen durch.

Das Versorgungsmodell CAPABLE (**C**ommunity **A**ging in **P**lace, **A**dvancing **B**etter Living for **E**lders) wurde 2009 in den USA entwickelt und erfolgreich im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie getestet (Szanton et al. 2015). Es zielt darauf ab, umweltbezogene Hemmnisse und Barrieren sowie Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit abzubauen, um älteren Menschen mit Hilfebedarf einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Ausgangspunkt für die Konzeptentwicklung war die Erkenntnis, dass sich im Alter mit chronischen Erkrankungen die Prioritäten verschieben und der Erhalt der funktionalen Gesundheit in den Vordergrund tritt. Die Gesundheitsversorgung ist jedoch primär auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, so dass die Versorgungsmodelle die funktionalen Herausforderungen im Alter kaum berücksichtigen und es auch noch wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Wirkungszusammenhängen gibt. Das wiederum geht einher mit Vergütungsmodellen, die auf Diagnostik und Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen zugeschnitten sind, aber nicht auf Leistungen zur Förderung der Funktionsfähigkeit und Selbstpflege. Da aber Einbußen der physischen und psychischen Funktionen mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind, könnten neuartige Vergütungsmodelle, die anstelle der Vergütung von Einzelleistungen eine Kopfpauschale je Versicherten beinhalten, bei älteren Personen Anreize bieten, die Selbständigkeit bzw. funktionale Gesundheit stärker in den Blick zu nehmen, um u. a. Krankenhausaufenthalte oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die Veränderung des Fokus in der Versorgung Älterer von krankheitsbezogen zu funktionsbezogen und das Investment in die Förderung der funktionalen Gesundheit rentieren sich bereits in kurzer Frist, denn Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei älteren Menschen verursachen kurzfristig hohe Kosten. Das Konzept CAPABLE konnte diesen Zusammenhang bestätigen (vgl. Szanton & Gitlin 2016: 106).

CAPABLE ist in dreifacher Hinsicht innovativ (Szanton & Gitlin 2016: 106 f.):

- ♦ Die funktionale Gesundheit, die ein Schlüsselfaktor zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben bei Älteren ist und gleichzeitig deren höchste Präferenz, erhält einen neuen Stellenwert in der Versorgung.
- ♦ Es betrachtet die Person in ihrer häuslichen Umgebung bzw. ihrem Lebensumfeld und berücksichtigt damit den Einfluss des Wohnens auf die Gesundheit. Sicherheit und Barrierefreiheit in der Häuslichkeit verbessern das Wohlbefinden und senken die Gesundheitsausgaben.
- ♦ CAPABLE konzentriert sich auf die von den älteren Personen selbst identifizierten und zu erreichenden Ziele bei der Stärkung der funktionalen Gesundheit (Konzept „person-directed“) und hilft ihnen, diese durch Entwicklung aufeinander abgestimmter personeller und umweltbezogener Aspekte zu erreichen.

Zielgruppe von CAPABLE sind funktional eingeschränkte Personen ab 65 Jahren, die noch zu Hause leben und Leistungsansprüche sowohl bei Medicare als auch Medicaid haben (d. h., dass diese Personen u. a. über ein nur geringes Einkommen

verfügen). Weitere Einschlusskriterien sind: geringe kognitive Einschränkungen (MMSE $\geq$ 24, Demenz-Früherkennung durch Mini-Mental-Status-Test), weniger als drei Krankenhausaufenthalte in den letzten zwölf Monaten und dass sie bei Antragstellung ohne professionelle Hilfe (ambulanter Pflegedienst o. ä.) sind.

Die Intervention beinhaltet im Kern bis zu zehn Hausbesuche à 60 bis 90 Minuten über einen Zeitraum von fünf Monaten. Diese werden in definierter Reihenfolge von einem multiprofessionellen Team durchgeführt, das aus einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten, einer Pflegefachperson (Registered Nurse) und Handwerkerinnen bzw. Handwerkern besteht. Der Erstbesuch erfolgt durch die ergotherapeutische Fachkraft, danach werden durch die Handwerkerinnen und Handwerker innerhalb von vier Wochen die erforderlichen kleineren Wohnraumanpassungen vorgenommen (Installation von Handgriffen und -läufen, rutschhemmenden Laufflächen, Beleuchtung, Erhöhung der Toilette, Beseitigung von Stolperfallen etc. – Ausgaben von bis zu \$ 1.300 pro Haushalt). Der erste von vier Hausbesuchen der Pflegefachperson findet vier Wochen nach dem Erstbesuch statt.

In ihren ersten Besuchen führen die **Ergotherapeutinnen und -therapeuten** und die Pflegefachpersonen jeweils ein Assessment (halbstrukturierte klinische Interviews) zur Erfassung der Ausgangslage durch. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin oder dem Ergotherapeuten identifiziert die pflegebedürftige Person Bereiche mit funktionalen Einschränkungen und wählt drei Bereiche/Ziele als prioritär für die Intervention aus. Nachdem sich die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut vor Ort einen Eindruck vom Alltag der Klientin bzw. des Klienten und der Bewältigung der als prioritär benannten Tätigkeiten verschafft hat, werden diese im Hinblick auf Sicherheit, Effizienz, Defizite und vorhandene umweltbezogene Barrieren oder Förderfaktoren evaluiert. Nach Abstimmung möglicher Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen mit der pflegebedürftigen Person (ebenfalls an den selbst definierten Prioritäten orientiert) wird der Auftrag zur Wohnraumanpassung ausgelöst. Nachdem diese umgesetzt ist, kann ergotherapeutisch die richtige Nutzung von Einbauten und Hilfsmitteln trainiert werden. Der letzte ergotherapeutische Hausbesuch dient der Evaluation der Zielerreichung und der Förderung der weiteren Verstetigung der eingeübten Routinen.

Die **Pflegefachperson** unterstützt im Rahmen ihrer ca. drei Folgebesuche die gezielte Förderung der funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person in den pflegebezogenen prioritären Handlungsfeldern (die sich aus den ausgewählten Prioritäten ableiten). Sie konzentriert sich auf die Bereiche Schmerz- und Medikamentenmanagement, psychische Problemlagen, Kraft und Balance und fördert die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zur Kommunikation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt. Weit verbreitet ist bspw. die Anleitung und Durchführung von Bewegungsübungen des OTAGO-Programms.⁷ Der letzte Hausbesuch dient

⁷ Das OTAGO Exercise Program ist ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm zur aufsuchenden Sturzprävention durch muskelkräftigende und das Gleichgewicht verbessernde Übungen mit stufenweiser Erhöhung des Trainingsniveaus. Es wurde speziell für Menschen ab dem

ebenfalls der Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen sowie der Förderung der nachhaltigen Umsetzung im Alltag.

Bei 79 von 100 Programmteilnehmenden (Altersdurchschnitt 74 Jahre) konnte eine Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten erreicht werden – verschlechtert haben sich im Fünf-Monatszeitraum nur 8 %. Die Schwierigkeiten der Teilnehmenden bei vier von acht Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) zu Beginn verringerten sich innerhalb von fünf Monaten auf 2,2 ADL. Auch bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) verbesserte sich das Ergebnis (von 4,1 auf 3,1). Der Anteil der Teilnehmenden, die keine Beeinträchtigungen der Mobilität aufwiesen, verdreifachte sich nach Abschluss der Intervention, bei der Selbstversorgung konnte der Anteil ohne Einschränkungen im Vergleich zum Ausgangswert verdoppelt werden. In der Gruppe der Personen mit Depression konnten die Symptome signifikant verringert werden (Schweregrad von durchschnittlich 10,1 auf 6,3). Keiner der Teilnehmenden ist in ein Pflegeheim umgezogen.

Die Gesamtkosten von CAPABLE beliefen sich auf \$ 3.300 pro Teilnehmenden. Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie konnte ein finanzieller Vorteil des Programms in Bezug auf die Gesundheitskosten insgesamt nachgewiesen werden.

Die größte Herausforderung bei der Implementierung des Programms ist die Schulung des Gesundheitspersonals: „Person-directed“ erfordert die Akzeptanz, die von der pflegebedürftigen Person benannten Prioritäten in den Mittelpunkt des Versorgungsprozesses zu stellen, und nicht, wie beim Disease-Management-Ansatz, medizinisch begründete Zielgrößen. Es zeigte sich jedoch, dass die immense Schubkraft, die bei den Klienten mit selbst gesteckten Zielen im Verlauf von fünf Monaten mobilisiert werden konnte, eine hohe Überzeugungswirkung hat.

Auf Basis der Erkenntnisse des Projektes CAPABLE wird zur Stärkung von Prävention im Rahmen der SPV vorgeschlagen, bei ambulanter Versorgung eine Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ einzuführen (in Anlehnung an die Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“ gem. § 46 Abs. 2 SGB IX für Kinder mit Behinderung). Diese Komplexleistung soll frühestmöglich nach Erteilung des Pflegegrades erbracht werden. Sie umfasst neben der Bedarfsermittlung durch Gesundheitsfachkräfte auch die Information, Beratung und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen bezüglich der Möglichkeiten, die es mittels Gesundheitsförderung und Prävention überhaupt gibt. Dabei wird angenommen, dass nach erfolgter Bewilligung von Leistungen der Pflegeversicherung eine ganz andere Offenheit für diese Thematik gegeben ist als im Rahmen der Begutachtung.

Die Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ beinhaltet ein Fallmanagement und enthält, orientiert am Konzept CAPABLE,

65. Lebensjahr entwickelt. Die Durchführung des Programms übernehmen geschulte Gesundheitsfachkräfte (Campbell & Robertson 2003).

folgende Leistungen, die je nach Bedarfslage teilweise oder komplett erbracht werden:

1. umfassende, interdisziplinäre und standardisierte Bedarfsermittlung bezogen auf Gesundheit und Pflege im Rahmen von ein bis zwei Hausbesuchen mit teilnehmender Beobachtung (geschultes Fachpersonal: Ergo- oder Physiotherapeut und Pflegefachperson)
2. Priorisierung der ermittelten Bedarfe durch den Versicherten, gemeinsame Festlegung von Zielen und Auswahl von passenden Maßnahmen zur Gesundheit und Pflege
3. Schulung und Begleitung bei der Umsetzung der Maßnahmen im Alltag über einen Zeitraum von sechs Monaten
4. Evaluation der Wirksamkeit im Hinblick auf die individuellen Ziele und ggf. Anpassung der Maßnahmen
5. nach acht bis neun Monaten telefonische Kontaktaufnahme und bei Bedarf erneuter Hausbesuch

Bei Sachleistungsempfängern kann die Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ vom ambulanten Pflegedienst, aber auf jeden Fall getrennt vom Erstbesuch, erbracht werden. Bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern – das waren 2021 rund 61 % der ambulant versorgten Personen mit Pflegebedarf – sollte die Pflegekasse mit dem Bescheid zur Erteilung des Pflegegrades auf den Komplexleistungsanspruch hinweisen und, analog zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, einen konkreten Termin anbieten. Eine Beratung gem. § 7a SGB XI könnte zeitlich mit dieser Leistung kombiniert werden, jedoch nur, wenn die Versicherten diese in ihrer Häuslichkeit in Anspruch nehmen möchten.

Durch die im Rahmen von CAPABLE nachgewiesene Verbesserung der Selbständigkeit ist zu erwarten, dass die Maßnahme wirtschaftlich ist, d. h. dass die zusätzlichen Kosten der Komplexleistung durch den Nutzen überkompensiert werden (u. a. längerer Verbleib in der Häuslichkeit, Hinauszögern von Höherstufungen, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten). Dies könnte im Rahmen eines Modellprojektes gem. § 8 Abs. 3a SGB XI überprüft werden.

5. Fazit

Eine konsequente Präventionsorientierung in der Gesundheitsversorgung und Pflege ist alternativlos. Die Umkehr des Trends sich verringernder gesunder Lebensjahre in höherem Alter würde nicht nur die sozialen Sicherungssysteme und den Arbeitsmarkt entlasten, sondern auch zur Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens in den letzten Lebensjahren führen. Erreicht werden kann eine solche Trendwende nur auf lange Sicht – insbesondere durch Lebensstiländerungen bereits in jungen und mittleren Jahren. Dafür braucht es Versorgungsstrukturen, die die Bevölkerung für Gesundheitsförderung und Prävention sensibilisieren, über langfristige Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens besser aufklären

und die insbesondere die vulnerablen Zielgruppen bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen begleiten, um nachhaltige Wirkungen zu erzielen.

Das Erschließen der Präventionspotenziale bei Menschen mit absehbarem oder bereits eingetretenem Pflegebedarf erfordert ebenfalls ein möglichst frühzeitiges Intervenieren – Personen, die bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit keinen Pflegegrad oder Pflegegrad 1 erhalten, sollten künftig regelhaft auf entsprechende Präventionsmöglichkeiten und -angebote verwiesen und bei der Inanspruchnahme unterstützt werden. Es sollte geprüft werden, inwieweit dafür der Entlastungsbetrag gem. § 45b SGB XI genutzt werden könnte.

Um mittels der Leistungen der SPV dem Anspruch auf Wiedergewinnung oder Erhalt der „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI) entsprechen zu können, sind die Hilfen künftig viel stärker präventiv auszurichten. Das betrifft zum Beispiel sowohl die verpflichtenden Beratungsbesuche für Pflegebedürftige mit Pflegegeld (nach § 37 Abs. 3 SGB XI) als auch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Weiterhin sollten zu Beginn des Leistungsbezugs, d. h. nach Erteilung eines Pflegegrades und nicht, wie derzeit, im Zuge der Begutachtung, mittels eines Assessments sowohl die körperlichen und geistigen Ressourcen als auch die funktionalen Beeinträchtigungen standardisiert erfasst werden. Auf dieser Grundlage kann anschließend gemeinsam mit den Betroffenen und deren Angehörigen, abgestimmt auf die Wünsche und Ziele der pflegebedürftigen Person, ein Maßnahmenplan zur Gesundheitsförderung und Pflege erarbeitet werden. Dessen Umsetzung sollte dann von professionellen Case-Managerinnen und -Managern gesteuert, koordiniert und evaluiert werden.

Weiterhin bedarf es mehr und flexibel ausgerichteter Präventionsangebote für die Zielgruppe der Älteren und der pflegebedürftigen Personen – neben Gruppenangeboten werden aufgrund der häufigen Mobilitätseinschränkungen der Zielgruppe auch individuelle Angebote in der Häuslichkeit benötigt, so auch deutlich mehr Angebote der (mobilen) geriatrischen Rehabilitation. Die bereits heute im Rahmen von Begutachtungen, Beratungen und Qualitätsprüfungen ausgesprochenen Präventionsempfehlungen sollten verbindlicher umgesetzt werden, z. B. mittels der vorgeschlagenen Komplexleistung „Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedarf“ für ambulant versorgte pflegebedürftige Personen.

Und nicht zuletzt sind die pflegerischen Hilfen personbezogen und tagesaktuell am Bedarf auszurichten. Das setzt mehr Gestaltungsspielraum für Pflegefachpersonen, mehr Raum für Edukation und Anleitung sowie eine Abkehr von verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen voraus.

Literaturverzeichnis

- Beikirch E und Nolting H-D. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff - Nicht neu, aber anders. In: Altenpflege 11/2020: 18 - 21 Hannover: Vincentz Network.
- Blüher S, Stein T, Schnitzer S, Schilling R, Grittner U, Kuhlmei A (2021): Care dependency factors—analyses of assessment data from the Medical Service of German Statutory Health Insurance providers. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 563–4. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0263
- Blüher, S., Schilling, R., Stein, T. et al. (2023): Prävention von Pflegebedürftigkeit. Bundesgesundheitsblatt 66, 490–497 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03685-5>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2012): Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden, Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025): Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP), 08.09.2025.
- Bundesregierung (2015): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflege-stärkungsgesetz – PSG II), Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5926.
- Campbell AJ & Robertson MC (2003): Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. A home-based, individually tailored strength and balance re-training programme. März 2003. ACC [Accident Compensation Corporation]
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis – Abschlussbericht zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“, im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH, Köln.
- Eisfeld B & Krahmer U (2018): § 7a Pflegeberatung in: Kramer/Plantholz (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI - Lehr- und Praxiskommentar, 5. Auflage, Nomos 2018.
- Eurostat [Healthy life years statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg-3-8-10) [abgerufen am 26.09.2024]
- Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege auf Grundlage des seit 2017 geltenden Pflegeverständnisses (2021): Erläuterungen zur Entwurfsempfehlung zur konzeptionellen Ausrichtung von Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die ambulante Pflege auf der Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: 2021. <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/thema-pflegeverstaendnis-in-der-vertragsgestaltung-der-ambulanten-pflege> [Abruf am 16.09.2024]
- ExpertInnenrat der Bundesregierung (2024): Stärkung der Resilienz des Versorgungssystems durch Präventionsmedizin, 4. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“, im Internet unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2310122/199b2113ab2787ddf6da240f25771>
-

- [5fc/2024-09-20-expertinnenrat-stellungnahme-4-data.pdf?download=1](#) [abgerufen am 27.09.2024].
- Fach, EM., Rosenbach, F., Richter, M. (2014). Entwicklungen und Determinanten der Mortalität und Morbidität in historischer Perspektive. In: Niephaus, Y., Kreyenfeld, M., Sackmann, R. (eds) Handbuch Bevölkerungssoziologie. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-04255-4_25-1.
- GKV-Spitzenverband (2024): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18d Abs. 1 und 2 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Berichtsjahr 2023, Berlin.
- Güthlin C, Köhler S & M Dieckelmann (2020): Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main
- Heitmann S und Plantholz M. § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit. In: Krahmer U, Plantholz M. Hrsg. Lehr und Praxiskommentar Sozialgesetzbuch XI. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2018: 304 – 326.
- Medicproof (2024): Pflegegrad 1 in der Begutachtung - Datenanalyse und Gutachterbefragung, Wissenschaftliches Dossier, Köln. https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/Unternehmen/Wissenschaftliches_Dossier_-_Pflegegrad_1_in_der_Begutachtung.pdf#:~:text=Pflegegrad%20in%20der%20Begutachtung%20- [abgerufen am 27.09.2024].
- Naghavi, M, et al. (2024): Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, Volume 403, Issue 10440, 2100 – 2132.
- Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. (2021): Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6(3): 28–48. DOI 10.25646/8460.2).
- Stanford Center on Longevity (2022): A New Map of Life, <https://longevity.stanford.edu/wp-content/uploads/2022/04/new-map-of-life-full-report.pdf> [abgerufen am 27.09.2024].
- Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, Boyd CM, Xue QL, Guralnik J, Bishai D & LN Gitlin (2015): Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a center for medicare and medicaid services innovation project. In: Journal of the American Geriatrics Society 63, S. 371-374. DOI: 10.1111/jgs.13245
-

- Szanton SL & LN Gitlin (2016): Meeting the healthcare financing imperative through focusing on function: The CAPABLE Studies, Public Policy & Aging Report, 2016, Vol. 26, No. 3, 106 – 110.
- Wolff, J. K., Pflug, C., Meier, D., Roll, P., Dehl, T., Topalov, L. & Nolting, H.-D. (2023). Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20230622_IGES_Abschlussbericht_Evaluation_Pflegeberatung.pdf
- World Health Organisation [WHO] (2015): World Report on Ageing and Health. World Health Organization. Im Internet unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=44BAC23C4C85B39C33C8AF3A931D04C9?sequence=1 [abgerufen am 26.09.2024].
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (o. J.): [Beratung zur Pflege - Stiftung ZQP](#) [abgerufen am 27.09.2024].
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) Hrsg.) (2023): Assessment für Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege (PIP-Assessment), softwarebasiertes Assessment ist abrufbar im Internet unter [Assessment für Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege \(PIP-Assessment\) - Stiftung ZQP](#) [abgerufen am 11.10.2024].
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) Hrsg.) (2024): Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung FARBE – Manual für die professionelle Beratung. Download unter www.zqp.de [abgerufen am 11.10.2024].
-

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com