

Prävention von Pflegebedürftigkeit

Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention
von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich



STUDIEN
BERICHT

Prävention von Pflegebedürftigkeit

Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention
von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich

Hans-Dieter Nolting
Jörg Marschall

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Abschlussbericht

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, April 2025

Autoren

Hans-Dieter Nolting
Jörg Marschall
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Einleitung	8
1.1 Einleitung	8
1.2 Aufbau dieses Berichts	9
2. Konzeption der Fachgespräche	10
2.1 Moderationsmethode	10
2.2 Auswahl der Teilnehmenden	11
2.3 Zielgruppen	12
2.4 Dokumentation	12
3. Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit	13
3.1 Ansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention	15
3.1.1 Gesundheitsförderung und Ressourcen stärken	15
3.1.2 Prävention von Einsamkeit	16
3.1.3 Soziallagenbezogene Prävention	16
3.1.4 Erreichbarkeit der entsprechenden Zielgruppen	17
3.1.5 Individuelle Verhaltensprävention der Krankenkassen mit Zielgruppe 65plus	17
3.2 Ansätze der Risikoerkennung	17
3.2.1 Assessments und Screenings	17
3.2.2 Hürden beseitigen	18
3.2.3 Rehabilitation	18
3.2.4 Sturzprävention	18
3.3 Ansätze im Pflegesetting	19
3.3.1 Sturzprävention	19
3.3.2 Fehlanreize in der Pflegeversicherung und der medizinischen Versorgung beseitigen	19
3.3.3 Pflegende Angehörige adressieren	19
3.3.4 Aktivierende Pflege	19
3.3.5 Maßnahmen der Pflegesicherheit	19
3.3.6 Angebote, die Handlungsfelder kombinieren	20
3.4 Sonstige Ansätze, nicht zugeordnet	20
3.5 Priorisierung der Ansätze	20
3.5.1 Gesundheitsförderung und Primärprävention	20
3.5.2 Ansätze der Risikoerkennung	21
3.5.3 Ansätze im Pflegesetting	21
3.6 Implementierung	22
4. Verfügbarkeit von Angeboten und Ansätzen	24
4.1 Verfügbarkeit von Angeboten	24
4.1.1 Ansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention	24
4.1.2 Ansätze der Risikoerkennung	25
4.1.3 Ansätze im Pflegesetting	25

4.2	Bedarf an neu zu schaffenden Angeboten	26
4.3	Machbarkeit und Finanzierbarkeit der Angebote	27
5.	Zugang und Inanspruchnahme	29
5.1	Zugang und Inanspruchnahme	29
5.1.1	Präventive Hausbesuche	29
5.1.2	Hausarztpraxen	29
5.1.3	Zugangswege: Im Alltagsbezug ansetzen, Vertrauen aufbauen	30
5.1.4	Zugangswege im Zusammenhang mit SGB XI-Leistungen	30
5.1.5	Allgemeine Werbung für Angebote	31
5.1.6	Sonstige Aspekte im Zusammenhang mit Zugangswegen und Inanspruchnahme	32
5.2	Rolle der ärztlichen Präventionsempfehlung und deren Ausweitung	33
6.	Skizze eines Szenarios zur Prävention von Pflegebedürftigkeit	34
7.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	35
7.1	Rahmenkonzept Pflegeprävention	35
7.2	Aufgabenkomplex A. Information, Beratung, Bedarfsermittlung, Maßnahmenempfehlung, Überleitung	36
7.2.1	A.1 Allgemeine Beratung und Information über Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen	37
7.2.2	A.2 Regionale Angebotstransparenz	39
7.2.3	A.3 Untersuchung und Screening auf Risiken und Präventionspotenziale	40
7.2.4	A.4 Individuelle Maßnahmenberatung und -planung	41
7.2.5	A.5 Verordnung von Maßnahmen und Leistungen	43
7.3	Aufgabenkomplex B. Maßnahmen und Leistungsangebote	44
7.3.1	B.1 Alltagsnahe Aktivitäten	44
7.3.2	B.2 Zertifizierte Prävention und Gesundheitsförderung	45
7.3.3	B.3 Medizinische Versorgung	46
7.3.4	B.4 Sekundär- und Tertiärprävention	47
7.3.5	B.5 Pflegerische Versorgung	47
7.4	Aufgabenkomplex C. Steuerung, Unterstützung und Weiterentwicklung	48
7.4.1	C.1 Struktur- und Angebotsplanung und -entwicklung	49
7.4.2	C.2 Forschung und Maßnahmenentwicklung	50
7.4.3	C.3 Anreize	50
7.5	Zusammenfassung der Empfehlungen auf Grundlage der Fachgespräche	51
9.	Anhang: Beteiligte	56

Abkürzungsverzeichnis

AWO	Arbeiterwohlfahrt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GU	Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V
IGES	IGES Institut GmbH
PHP	Präventive Hausbesuche
PuG	Prävention und Gesundheitsförderung
SGB	Sozialgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen

Zusammenfassung

Wie lässt sich Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder sogar rückgängig machen? Zu diesem Thema führte das IGES Institut im Auftrag des BMG drei Fachgespräche im Oktober 2024 mit je 16 bis 22 Teilnehmenden durch, wobei einige Teilnehmende mehrfach teilnahmen. Die Fachgespräche bauten inhaltlich aufeinander auf.

Ansätze, die Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder rückgängig machen können, sind solche der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich an alle gesunden Menschen ab einem bestimmten Alter richten und eines oder mehrere der folgenden Handlungsfelder adressieren: Bewegung, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement, soziale Teilhabe, Suchtmittelkonsum. Eine zweite Gruppe von Ansätzen richtet sich an Menschen mit ersten Risiken eines Selbstständigkeitsverlustes. Hier sind vor allem geriatrische Assessments und Screenings zu nennen, die sekundärpräventiv solche Risiken erkennen, so dass Betroffene an entsprechende Angebote verwiesen werden können. Auch Maßnahmen der Sturzprävention gehören zu dieser Gruppe von Ansätzen. Eine dritte Gruppe von Ansätzen richtet sich an bereits pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige. Für die pflegebedürftigen Menschen sind sowohl die zuvor genannten Angebote relevant, insbesondere wenn sie speziell für diese Zielgruppe angepasst sind, als auch Beratungsleistungen im SGB XI-Kontext. Für pflegende Angehörige sind insbesondere die Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention relevant, sie können im häuslichen Pflegesetting für solche Ansätze erreicht werden.

Die Verfügbarkeit präventiver Angebote wird weitgehend als sehr gut eingeschätzt. Jedoch seien Angebote der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere im mobilen und ambulanten Sektor, nicht ausreichend verfügbar, so die Einschätzung der Teilnehmenden.

Probleme bestehen jedoch in den Zugangswegen und der Inanspruchnahme von Angeboten. Diese kann verbessert werden durch präventive Hausbesuche, Akteure des SGB XI im Rahmen der Pflegebegutachtung, der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, der Beratung in der eigenen Häuslichkeit für Pflegegeldbeziehende nach § 37 Absatz 3 SGB XI und durch Pflegekurse nach § 45 SGB XI. Auch der Hausarztpraxis kommt potenziell eine wichtige Rolle zu, um bedarfsgerecht an Angebote in der Kommune zu verweisen. Aus Modellvorhaben und Programmen zu präventiven Hausbesuchen wurden Erkenntnisse zu weiteren Maßnahmen gewonnen, die die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten steigern können.

Aus diesen Inhalten der Fachgespräche hat IGES ein Rahmenkonzept Pflegeprävention abgeleitet. Dieses beschreibt und kategorisiert die Aufgaben, die für eine systematische Prävention von Pflegebedürftigkeit bearbeitet werden sollten und gibt jeweils an, welche Akteure dafür in erster Linie zuständig sein sollten. Ein erster Komplex (A) von Aufgaben umfasst Information, Beratung, Bedarfsermittlung, Maßnahmenempfehlung und Überleitung. Aufgaben im Zusammenhang mit Maßnahmen- und Leistungsangeboten bilden einen zweiten Komplex (B). Ein dritter

Komplex (C) umfasst Aufgaben des Strukturaufbaus, der Steuerung und Weiterentwicklung von Angeboten. Akteure sind zum Beispiel Landkreise und Kommunen, die ambulante sowie die stationäre Versorgung und SGB XI-Akteure wie beispielsweise Beratungsstrukturen sowie Pflegedienste und -einrichtungen.

1. Einleitung

1.1 Einleitung

Seit einigen Jahren hat sich der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen deutlich beschleunigt. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes wuchs im Zeitraum 1999 bis 2009 die Zahl der Pflegebedürftigen um ca. 16 Prozent (von 2,02 auf 2,34 Millionen). Im Zeitraum 2009 bis 2019 dagegen um 76 Prozent (von 2,34 auf 4,13 Millionen), wobei die starke Zunahme in diesem Zeitraum vor allem auf die deutliche Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI) im Jahr 2017 zurückzuführen ist. Der beschleunigte Aufwuchs hat sich mit einer Zunahme um 20 Prozent in den zwei Jahren von 2019 bis 2021 (von 4,13 auf 4,96 Millionen) jedoch fortgesetzt. Eine kürzlich publizierte Untersuchung konstatiert dazu: „Auch 5 Jahre nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs steigt die Pflegeprävalenz deutlich über das demografisch zu erwartende Niveau“ (Schwinger et al. 2023).

Angesichts der damit verbundenen Herausforderungen sowohl für die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung als auch für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung stellt sich die Frage, inwieweit dieser Entwicklung durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung begegnet werden könnte.

Zielgruppen für entsprechende Angebote sollten zum einen Menschen sein, bei denen aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation ein erhöhtes Risiko für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit besteht. Zum anderen sollten Menschen mit bereits festgestellter Pflegebedürftigkeit einbezogen werden, bei denen ein fortschreitender Verlust der Selbstständigkeit (und damit der Wechsel in einen höheren Pflegegrad) gegebenenfalls verhindert, verzögert oder sogar revidiert werden kann. Zudem wurde durch die Fachgespräche herausgearbeitet, dass Angebote der Gesundheitsförderung und Primärprävention auch für ältere Menschen sinnvoll sind, die weder von Pflegebedürftigkeit noch von einem erhöhten Risiko für deren Eintritt betroffen sind.

Mit Blick auf eine Teilgruppe unter den bereits pflegebedürftigen Menschen haben die Pflegekassen seit 2015 (Inkrafttreten des Präventionsgesetzes) den Auftrag, „Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ zu erbringen (§ 5 SGB XI). Menschen in häuslicher Pflege haben nach dem Präventionsgesetz – wie alle anderen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen auch – einen Anspruch auf Präventionsangebote über die Krankenkassen (§§ 20, 20a, 22a und 23 SGB V). Für sie gelten darüber hinaus die allgemeinen Vorschriften mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (§ 6, § 7 Absatz 1, § 31 SGB XI). Eine Bestandsaufnahme zu Angeboten, Bedarfen und Potenzialen der Prävention im Bereich der ambulanten Pflege wurde von IGES im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erarbeitet (Braeseke et al. 2020). Im Auftrag des BMG wurden ein erstes Fachgespräch zum Thema Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich im Januar

2024 durchgeführt (figus 2024b) sowie der aktuelle Forschungsstand zur Prävention von Pflegebedürftigkeit zusammengestellt (figus 2024a).

Die Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit wird in den letzten Jahren zunehmend zum Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen und Reviews. Neben zahlreichen Maßnahmenkonzepten zur Prävention von spezifischen Risiken (zum Beispiel Stürze; Guirguis-Blake et al. 2024) werden auch zunehmend komplexe Interventionen zur Prävention bzw. Revision von Gebrechlichkeit (frailty; Kidd et al. 2019; Travers et al. 2019) oder kognitiven Beeinträchtigungen (Lisko et al. 2021) erprobt. Auch in Deutschland wurden entsprechende Modellvorhaben durchgeführt (Dapp et al. 2018). Eine gesundheitsökonomische Modellierung konnte zeigen, dass die Implementierung eines evidenzbasierten Frühinterventionsprogramms zur Prävention von Gebrechlichkeit zu einer relevanten Verminderung von Pflegebedürftigkeit und konsekutiven Leistungsausgaben der Pflegeversicherung beitragen könnte (Nolting et al. 2017).

Insgesamt ist jedoch zu konstatieren, dass der wissenschaftliche Kenntnisstand zu wirksamen Interventionen in Bezug auf die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit (bzw. den zugrundeliegenden gesundheitlichen Einschränkungen) noch lückenhaft ist bzw. aktuell eine dynamische Entwicklung aufweist.

Mit Blick auf konkrete Maßnahmen für eine Verbesserung sowohl des Angebots als auch der tatsächlichen Inanspruchnahme von Präventionsleistungen durch diese Zielgruppen, ist daher eine Zusammenführung und Bewertung von Positionen und des Wissensstandes durch die Praxis, Expertinnen und Experten und Fachleuten eine sinnvolle Maßnahme, die in Form von drei Fachgesprächen zum Thema Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich am 24., 29. und 30. Oktober 2024 durchgeführt wurde.

1.2 Aufbau dieses Berichts

Der Bericht ist folgendermaßen aufgebaut: Die Konzeption der Fachgespräche, u. a. hinsichtlich der Moderationsmethodik und Auswahl der Teilnehmenden, wird in Kapitel 2 beschrieben. Die Kapitel 3 bis 5 geben die Inhalte der Fachgespräche wieder und gliedern sich gemäß der Moderationsfragen der drei Fachgespräche. In Kapitel 6 werden die Inhalte der Fachgespräche in einer Skizze eines Versorgungsszenarios zusammengeführt.

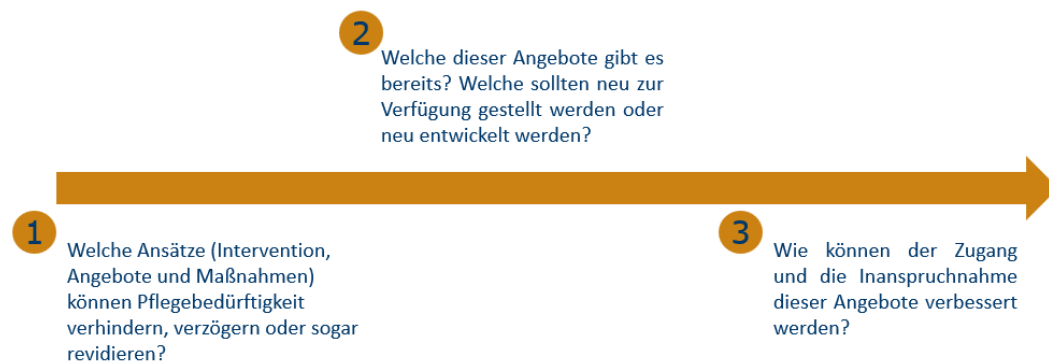
In Kapitel 7 werden die Inhalte der Fachgespräche in einem Rahmenkonzept der Pflegeprävention systematisiert und in der Folge Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen abgeleitet.

2. Konzeption der Fachgespräche

Die Fachgespräche waren für eine Dauer von jeweils 3,5 Stunden angesetzt und wurden per Videokonferenz durchgeführt. Am ersten Fachgespräch nahmen 16, am zweiten 21 und am dritten Fachgespräch 22 Expertinnen und Experten teil (BMG- und IGES-Vertreterinnen und Vertreter nicht mitgezählt).

Die Fachgespräche bauten inhaltlich aufeinander auf (vergleiche Abbildung 1): Das erste Fachgespräch behandelte die Frage, welche Ansätze Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder revidieren können. Das zweite Fachgespräch erörterte darauf aufbauend, welche dieser Ansätze bzw. Angebote es bereits gibt und welche demgegenüber neu entwickelt werden sollten. Wie der Zugang und die Inanspruchnahme dieser Angebote verbessert werden können, war Gegenstand des dritten Fachgesprächs.

Abbildung 1: Inhaltlicher Aufbau der drei Fachgespräche



2.1 Moderationsmethode

Die Fachgespräche wurden durch IGES-Mitarbeiter moderiert. Zusätzlich zur Moderation übernahm eine IGES-Mitarbeiterin die Dokumentation. Grundlage für die Moderation waren Leitfragen mit zugehörigen Erläuterungen. Diese lauteten:

Tabelle 1: Leit- und Moderationsfragen der Fachgespräche

Fachgespräch	Leit- und Moderationsfrage
Fachgespräch 1	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Welche Ansätze (Interventionen, Angebote und Maßnahmen) können Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder sogar revidieren? ◆ Vor dem Hintergrund der diskutierten wirksamen Ansätze: Wo sehen Sie den prioritären Handlungsbedarf, um die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu verbessern? ◆ Wie sollten diese Ansätze implementiert werden, um einen möglichst großen Effekt auf Bevölkerungsebene zu erzielen?
Fachgespräch 2	<ul style="list-style-type: none"> ◆ In welchem Maße sind solche Angebote bereits vorhanden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von wem werden sie initiiert und finanziert? ▪ Soweit es sich noch nicht um regelhafte Angebote handelt: Kämen sie für eine Regelversorgung in Frage? ◆ Inwieweit müssen solche Angebote erst neu geschaffen oder vorhandene Angebote weiterentwickelt werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche vorhandenen Ansätze sollten wiederbelebt oder verstärkt weiterverfolgt werden? ◆ Wie schätzen Sie die Machbarkeit und Finanzierbarkeit solcher Ansätze und Angebote ein?
Fachgespräch 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Wie kann der Zugang zu diesen Angeboten erleichtert werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie können pflegende Angehörige eingebunden werden? ◆ Wie kann die Inanspruchnahme gesteigert werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie können pflegende Angehörige eingebunden werden? ◆ Welche Rolle könnte dabei eine Ausweitung der ärztlichen Präventionsempfehlung gemäß Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie spielen?

Im zweiten und dritten Fachgespräch wurden die Ergebnisse der jeweils vorangehenden Fachgespräche durch die Moderation präsentiert.

2.2 Auswahl der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden wurden so ausgewählt, dass folgende Funktionen und Perspektiven vertreten waren:

- ◆ Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, darunter solche mit geriatrischer Expertise, Expertise zu präventiven Hausbesuchen sowie Durchführende einschlägiger Modell- und Forschungsprojekte;
- ◆ Vertreterinnen und Vertreter der Kranken- und Pflegekassen sowie der zentralen Prüfstelle Prävention der Kassen;

- ◆ Vertreterinnen und Vertreter der medizinischen Dienste sowie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP);
- ◆ Vertreterinnen und Vertreter von Leistungserbringern, darunter die KBV, Hausärztinnen- und Hausärzteverband und Wohlfahrtsverbände;
- ◆ beispielhaft für regionale Angebotsstrukturen im ländlichen und städtischen Raum: Vertreterinnen und Vertreter eines regionalen Pflegenetzwerks sowie eines Pflegestützpunktes;
- ◆ Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Landkreistags sowie von Landesministerien, die mit einschlägigen Projekten und Programmen befasst sind.

2.3 Zielgruppen

Die Zielgruppen der Prävention, auf die sich die Überlegungen in den Fachgesprächen beziehen sollten, waren die folgenden:

- ◆ Menschen, bei denen aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation ein erhöhtes Risiko für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit besteht, die aber noch keinen Pflegegrad haben.
- ◆ In der eigenen Häuslichkeit lebende Menschen mit bereits festgestellter Pflegebedürftigkeit (maximal Pflegegrad 3), bei denen ein fortschreitender Verlust der Selbstständigkeit verhindert, verzögert oder sogar revidiert werden kann.

2.4 Dokumentation

Die Fachgespräche wurden protokolliert, automatisch transkribiert und zur Prüfung der Transkription mit Zustimmung der Teilnehmenden aufgezeichnet.

3. Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit

Fachgespräch Nummer 1 hatte die Frage zum Gegenstand, welche Ansätze Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder sogar revidieren können. Der Begriff „Ansätze“ war dabei bewusst in einem allgemeinen Sinne gemeint und umfasst Interventionen, Angebote und Maßnahmen.¹

Die Nennungen und weiteren Ausarbeitungen durch die Teilnehmendengruppen bezogen sich auf drei Interventionsbereiche:

Gesundheitsförderung und Primärprävention

Ansätze zur Gesundheitsförderung und Primärprävention für ältere Personen richten sich grundsätzlich an gesunde Ältere, die (noch) keine größeren gesundheitlichen Einschränkungen oder Pflegebedürftigkeitsrisiken aufweisen. Es handelt sich demnach um universelle Prävention (im Gegensatz zu selektiver oder indizierter Prävention) und um Primärprävention (im Unterschied zu Sekundär- oder Tertiärprävention). Die Teilnehmenden sprechen häufig auch von Public Health-Ansätzen, um zu markieren, dass es sich um nicht-medizinische Angebote an die Bevölkerung handelt.

Risikoerkennung

Ansätze zur Risikoerkennung zielen dagegen auf das frühzeitige oder frühzeitigere Erkennen von Pflegebedürftigkeitsrisiken ab. Es handelt sich demnach um Sekundärprävention und – soweit auch Maßnahmen zur Verminderung dieser Risiken erfolgen – um Tertiärprävention.

Ansätze im Pflegesetting

Mit Ansätzen im Pflegesetting sind Interventionen gemeint, die vor allem in der häuslichen Pflege umgesetzt werden, gegebenenfalls auch in Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeitpflege. Diese Ansätze schließen Maßnahmen für pflegende Angehörige ein. Primäre Zielsetzung ist es, weitere Selbstständigkeitsverluste bei pflegebedürftigen Menschen hinauszuzögern bzw. den hohen gesundheitlichen Belastungen pflegender Angehöriger entgegenzuwirken.

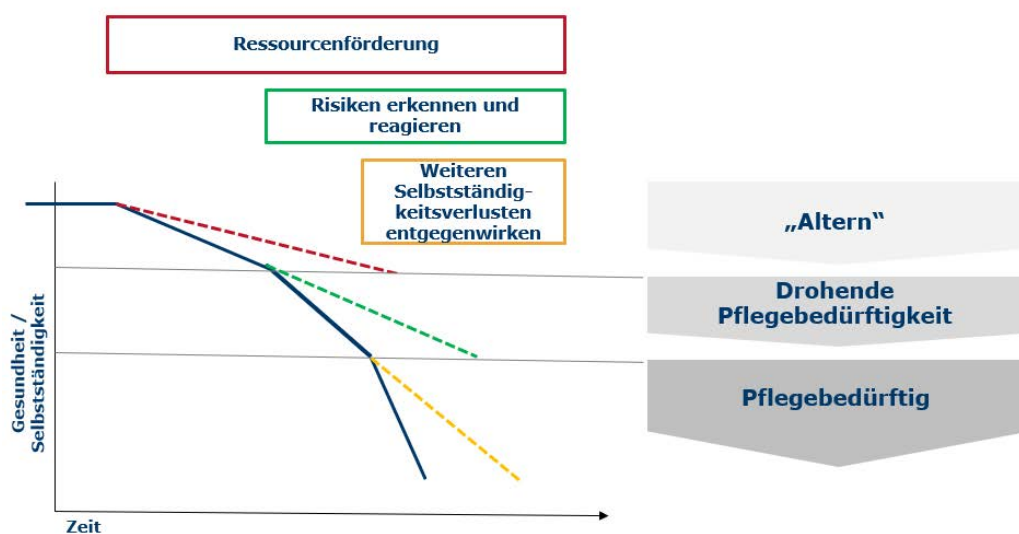
Die Zuordnung von Ansätzen zu den drei Interventionsbereichen ist dabei nicht in jedem Fall exklusiv, vielmehr sind einige Ansätze in zwei oder drei Interventionsbereichen bedeutsam und werden daher mehrfach zugeordnet. Ein Beispiel hierfür ist die Sturzprävention, die sowohl bei (noch) nicht Pflegebedürftigen mit ersten Risiken als auch bei bereits Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit von Bedeutung ist.

Diese im Anschluss an Fachgespräch 1 entwickelten Kategorien lassen sich auch wie in Abbildung 2 gezeigt darstellen. Demnach droht mit fortschreitender Zeit

¹ Als Impuls und Moderationshilfe wurden zusätzlich die fünf Kriterien von Frailty („Gebrechlichkeit“) von Fried et al. 2001 sowie die sechs Lebensbereiche zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (MD Bund) dargestellt.

bzw. fortschreitendem biologischen Alter ein zunehmender Verlust von Gesundheit und Selbstständigkeit (blaue Linie). Auch bei noch gesunden Menschen ohne erkennbare gesundheitliche Risiken bzw. Risiken eines Selbstständigkeitsverlustes ist dieser Trend gegeben. Er kann jedoch in jeder Phase durch Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gebremst bzw. die Entwicklung verzögert werden: Durch Ressourcenförderung (rot), durch das Erkennen von Risiken und entsprechende Maßnahmen als Reaktion auf diese (grün) sowie durch Verhinderung weiterer Selbstständigkeitsverluste bei bereits Pflegebedürftigen (gelb).

Abbildung 2: Drei Kategorien von Präventionsansätzen



Diesen drei Kategorien von Ansätzen entsprechen typische Zielgruppen, Settings und Zugänge (Abbildung 3): Ansätze der Gesundheitsförderung und Ressourcenstärkung richten sich an alle älteren Menschen ohne besondere Vorauswahl und Risiken. Sie finden typischerweise in Quartieren, Kommunen oder der Allgemeinbevölkerung statt. Der Zugang erfolgt idealerweise niedrigschwellig und ist durch Eigeninteresse motiviert. Das Erkennen von Risiken richtet sich an Menschen mit Funktionseinschränkungen. Es findet in Einrichtungen der medizinischen Versorgung, zum Beispiel in der Hausarztpraxis oder bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements statt. Ansätze, die sich an Menschen richten, die bereits pflegebedürftig sind, werden in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung oder auch im pflegerischen Setting in der Häuslichkeit umgesetzt.

Abbildung 3: Drei Kategorien von Prävention von Pflegebedürftigkeit: Zielgruppen, Settings und Zugangswege



1.P.001

3.1 Ansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Die Teilnehmenden erörterten auf die Frage, welche Ansätze Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder sogar revidieren können, die folgenden Interventionen, Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention.

3.1.1 Gesundheitsförderung und Ressourcen stärken

Angebote, die auf die Fähigkeiten der Menschen abstellen, die „Spaß und Freude“ mit sich bringen, wurden in verschiedenen Varianten eingebracht. Wichtig in diesem Zusammenhang war den Teilnehmenden, dass nicht (nur) Defizite erhoben werden (wie bei den Ansätzen in der Kategorie Risikoeerkennung). Vor allem Bewegungs- und Sportangebote, Angebote zur Verbesserung der Ernährung und Angebote der sozialen Teilhabe sind aus Sicht der Teilnehmenden als Pflegebedürftigkeitsprävention in Betracht zu ziehen. Für alle Angebote gilt, dass sie möglichst niedrigschwellig in Anspruch genommen werden können und dass sie einen Anreiz zur Verhaltensänderung darstellen oder bereits gesunde Verhaltensweisen festigen können.

Solche Maßnahmen können grundsätzlich auf verschiedene Outcomes hinwirken. So stellen Bewegungsangebote zum Beispiel die Mobilität langfristig sicher, dienen aber gleichzeitig auch der Inkontinenzprävention und können dadurch den Übergang in die stationäre Pflege verzögern.

3.1.2 Prävention von Einsamkeit

Vielfach sprechen sich die Teilnehmenden für Angebote zur Prävention von Einsamkeit und Isolation aus. Dazu gehören organisierte Ortsspaziergänge und andere niedrigschwellige Angebote, die Menschen aus ihrer Isolation und Einsamkeit herausholen, und sie dadurch in Gemeinschaft bringen und Bewegung fördern.

3.1.3 Soziallagenbezogene Prävention

Eher methodisch ausgerichtete Vorschläge zur Prävention von Pflegebedürftigkeit zielen darauf ab, Gesundheitsförderung und Prävention nicht „nach Gießkannenprinzip“, sondern unter Berücksichtigung der sozialen Lage der Zielgruppen anzubieten. Demnach sind es vor allem Zielgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status, die nicht ohnehin von sich aus geeignete Maßnahmen ergreifen, um ihre Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten. Zudem sollte gemäß Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands vorgegangen werden. Zu dem dort beschriebenen Vorgehen gehören die Ermittlung und Berücksichtigung von Bedarfen der Zielgruppen.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen bringen eine ganze Reihe von Beispielprojekten und Programmen ein, die – häufig unter dem Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit – leitfadenskonforme Primärprävention und Gesundheitsförderung umsetzen. Dazu gehören kommunale Förderprogramme, GESTALT – Bewegung gegen Demenz², AuF leben³, KOMBINE und VERBUND⁴, präventive Hausbesuche in Niedersachsen, sicher und aktiv sein im Alter⁵, Alter in Bewegung⁶, ReGePfleger (Pilotierung eines Gesundheitsförderungsprogramms im Setting ambulante Pflege)⁷ und Patego⁸.

Weitere Beispiele sind Aktive Gesundheitsförderung im Alter im Rahmen von „LUKAS AGIL“, Gesund älter werden im ländlichen Raum (Verband der Ersatzkassen e. V. 2021); Gesunde Lebenswelten⁹; sowie Angebote zur Sturzprävention und

² <https://www.zpg-bayern.de/gestalt-bewegung-gegen-demenz-projektbericht.html>. Zugriff am 15.11.2024

³ https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite_aktivitaeten/auf_leben/auf_leben_1.html. Zugriff am 15.11.2024

⁴ https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite_aktivitaeten/kombine_und_verbund/kombine_und_verbund_1.html. Zugriff am 15.11.2024

⁵ <https://www.aok.de/pp/vulnerable-gruppen/projekte-stadtlandgesund/sicher-und-aktiv-sein-im-alter/>. Zugriff am 15.11.2024

⁶ <https://www.lsv-sh.de/presse-medien/artikel/landessportverband-setzt-programm-alter-in-bewegung-im-land-um/>. Zugriff am 15.11.2024

⁷ <https://www.aok.de/gp/ambulante-pfleger/rege-pfleger?region=aok-rheinland-hamburg>. Zugriff am 15.11.2024

⁸ <https://www.aok.de/pk/rps/patego/>. Zugriff am 15.11.2024

⁹ <https://www.gesunde-lebenswelten.com/>. Zugriff am 15.11.2024

Gangunsicherheit (auch wenn letztere der zweiten und dritten Kategorie von Ansätzen zuzuordnen sind).

3.1.4 Erreichbarkeit der entsprechenden Zielgruppen

Ebenfalls einer eher methodischen Motivation entspringt der Vorschlag, dass die Erreichbarkeit der entsprechenden Zielgruppen gesteigert werden müsse, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Demnach sollen primärpräventive Angebote vor allem Menschen erreichen, die nicht bereits von sich aus Prävention betreiben und betrieben haben. Zudem gilt es, den richtigen Zeitpunkt für die Inanspruchnahme von Maßnahmen zu treffen.

3.1.5 Individuelle Verhaltensprävention der Krankenkassen mit Zielgruppe 65plus

Die Krankenkassenvertreterinnen und -vertreter berichten, dass die individuelle Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 Satz 1 SGB V in Teilen auf die Zielgruppe 65 Jahre und älter zugeschnitten ist. Demnach gibt es eine erhebliche Anzahl solcher primärpräventiven Angebote für ältere Menschen, die – wie alle verhaltenspräventiven Angebote – eines oder mehrere der folgenden Handlungsfelder adressieren: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement und – im Fachgespräch deutlich weniger häufig genannt – Suchtmittelkonsum.¹⁰

3.2 Ansätze der Risikoerkennung

Die Teilnehmenden erörterten auf die Frage, welche Ansätze Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder sogar revidieren können, die folgenden Ansätze der Risikoerkennung.

3.2.1 Assessments und Screenings

Die Risikoerkennung ist vor allem nach Auffassung der Teilnehmenden mit geriatrischer Expertise durch Assessments und Screenings zu leisten. Assessments sollten strukturiert in die Versorgung eingeführt werden, so zum Beispiel im Entlass- und Überleitungsmanagement, in der Notaufnahme oder in der hausärztlichen Versorgung. Zur Prävention von Pflegebedürftigkeit könnten Assessments und Screenings insofern wirken, als dass sie Drehtüreffekte in der Versorgung vermeiden und zum Beispiel Auslöser für Stürze erkennen und (in der Folge) beseitigen können.

In diesem Zusammenhang sprechen sich Teilnehmende zudem für eine altersadaptierte Gesundheitsuntersuchung aus. Bisher gibt es keine für spezielle Altersgrup-

¹⁰ GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst Bund 2024.

pen angepasste Gesundheitsuntersuchung (abgesehen von der für Kinder und Jugendliche nach § 26 SGB V), sondern eine einheitliche für alle Versicherten ab 18 Jahren (§ 25 SGB V). Eine Teilnehmerin nennt eine Reihe konkreter Krankheiten und Gesundheitsrisiken, die im Rahmen von Screenings untersucht werden sollten (Herzinsuffizienz, Sturzrisiko, Osteoporose, gegebenenfalls COPD und kognitive Einschränkungen). Aus dem Fachgespräch geht nicht hervor, welche Alters- und Geschlechtsgruppen in welchen Zeitabständen zu solchen Gesundheitsuntersuchung eingeladen werden sollten.

3.2.2 Hürden beseitigen

Angebote für Ältere und insbesondere Rehasport können mit sehr hohen Anforderungen für die Anbietenden verbunden sein. So berichtet eine Teilnehmerin, dass zum Beispiel bei Sportvereinen in solchen Zusammenhängen besondere Anforderungen an Toiletten, Aufzüge oder die Anwesenheit eines Arztes gefordert werden. Dies kann eine hohe Hürde für das Zustandekommen solcher Angebote darstellen. Sofern dies möglich ist, sollten entsprechende Hürden möglichst verringert werden, so dass mehr Angebote für die Zielgruppe der Menschen mit ersten Einschränkungen der Gesundheit oder Selbstständigkeit entstehen können.

3.2.3 Rehabilitation

(Geriatrische) Rehabilitation kann ein Ansatz der Prävention von Pflegebedürftigkeit sein. Um die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu verbessern bzw. den Zugang zu geriatrischen oder indikationsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern, schlagen die Teilnehmenden vor, Rehamaßnahmen nach SGB V für Seniorinnen und Senioren besser zu strukturieren. Zudem ist die Antragstellung bzw. die Inanspruchnahme derzeit insbesondere aus dem niedergelassenen Bereich davon abhängig, ob auf der ärztlichen oder der Patientenseite ein Reha-Bedarf überhaupt erkannt wird. Auch Rehasport wird in diesem Zusammenhang von den Teilnehmenden als präventiver Ansatz eingebracht.

Im Zusammenhang mit Rehabilitation werden zudem die Frührehabilitation im Krankenhaus, ein funktionierendes Entlassmanagement mit Schnittstellen zur ambulanten Versorgung und (mobilen) Reha als sinnvoll für die Prävention von Pflegebedürftigkeit eingeschätzt.

3.2.4 Sturzprävention

Insofern Stürze eine wichtige Ursache für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit sind, ist deren Prävention eine wichtige Säule der Prävention von Pflegebedürftigkeit. Sturzprävention ist relevant für Personen mit ersten Risiken sowie für Personen, die bereits pflegebedürftig sind.

3.3 Ansätze im Pflegesetting

Die Teilnehmenden erörterten auf die Frage, welche Ansätze Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder sogar revidieren können, die folgenden Ansätze im Pflegesetting.

3.3.1 Sturzprävention

Analog zum Einsatz von Sturzpräventionsangeboten bereits vor Beginn einer Pflegebedürftigkeit kann die Verhinderung von Stürzen auch bei Personen, die ambulant gepflegt werden, das Fortschreiten einer Pflegebedürftigkeit oder einen sturzbedingten Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindern.

3.3.2 Fehlanreize in der Pflegeversicherung und der medizinischen Versorgung beseitigen

Die Teilnehmenden stellen dar, dass die Verschlechterung des Zustands eines Pflegebedürftigen (mit dem Ergebnis eines höheren Pflegegrades) im gegenwärtigen System einen Anreiz darstellen kann. Angehörige erhalten mehr Unterstützung und der Pflegedienst erhält eine höhere Vergütung, wenn sich der Pflegegrad erhöht.¹¹

3.3.3 Pflegende Angehörige adressieren

Auch pflegende Angehörige sollten mit Angeboten und Maßnahmen versorgt werden, denn sie haben selbst ein erhöhtes Risiko, pflegebedürftig zu werden. Dazu gehört neben anderen Präventionsmaßnahmen auch die Prävention von Einsamkeit.

3.3.4 Aktivierende Pflege

Pflegerische Konzepte, die eine aktivierende Pflege intensiv umsetzen, tragen zur Minderung des Risikos bei, dass sich die Selbstständigkeit weiter verschlechtert und die Pflegebedürftigkeit fortschreitet.

3.3.5 Maßnahmen der Pflegesicherheit

Zu Maßnahmen der Pflegesicherheit gehören zum Beispiel die Prävention von Medikationsfehlern, aber auch die Sturzprävention.

¹¹ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es zumindest in der stationären Pflege solche Anreize gibt: Gemäß § 87a Absatz 4 SGB XI erhalten Pflegeeinrichtungen bei einer dauerhaften Senkung des Pflegegrads von der Pflegekasse eine einmalige Prämie.

3.3.6 Angebote, die Handlungsfelder kombinieren

Die Teilnehmenden bringen mit Verweis auf Evaluationen ein, dass Angebote, die verschiedene Handlungsfelder kombinieren (hier: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt), am vielversprechendsten sind.

3.4 Sonstige Ansätze, nicht zugeordnet

Neben den oben dargestellten Ansätzen, die den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden konnten, gibt es weitere Vorgehensweisen. Hierzu gehören zum Beispiel die Entwicklung einer Präventionskultur sowie die Prüfung und Bewertung bestehender Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention hinsichtlich ihrer Zielgruppengerechtigkeit.

Über alle Präventionsangebote hinweg gilt, dass eine stärkere Vernetzung und Koordination in den Lebenswelten der Menschen (zum Beispiel in der Kommune) notwendig ist, um die Angebote besser zu den Menschen zu bringen. In diesem Zusammenhang wird auf die Bedeutung von Partnerschaften hingewiesen, zum Beispiel zu ambulanten Pflegedienstleistungen, zu Seniorenräten und Volkshochschulen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf § 71 Absatz 2 Nummer 3 SGB XII, die Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege als Leistung der Altenhilfe. Der präventive Aspekt dieser Regelung wurde durch die Empfehlungen des Deutschen Vereins (2024) hervorgehoben.

3.5 Priorisierung der Ansätze

Welche Ansätze sollten priorisiert werden? Diese Frage beantworteten die Teilnehmenden erneut entlang der drei gebildeten Kategorien von Ansätzen.

3.5.1 Gesundheitsförderung und Primärprävention

Unter den Ansätzen der Gesundheitsförderung, Ressourcenstärkung und Primärprävention sollten Angebote für Ernährung und Bewegung, gegebenenfalls mit personalisierter Ansprache, priorisiert werden. Im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung wird auf das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ im Rahmen der Lukas Langzeit-Kohortenstudie verwiesen.¹² Noch spezifischer nennen die Teilnehmenden körperliche Aktivität, soziale Teilhabe und altersgerechte Ernährung für ältere Menschen sowie niedrigschwellige Bewegungsangebote (Spaziergang) als zu priorisierende Ansätze. Priorisiert werden soll zudem die ganzheitliche Verknüpfung von Ernährung, Bewegung, Teilhabe, psychischer Gesundheit, möglichst individuell motiviert. Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten ebenfalls priorisiert werden.

¹² <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/aktive-gesundheitsforderung-im-alter-12477.php>. Zugriff am 15.11.2024.

Die Niedrigschwelligkeit wird hier erneut betont. Bewegung soll Alltagsbewegung sein. Mittagstische können zur Förderung der sozialen Teilhabe angeboten werden. Ebenso gilt Bedarfsgerechtigkeit als wichtiges methodisches Priorisierungskriterium, das heißt, diejenigen Ansätze, die den ermittelten Bedarf, beispielsweise einer Kommune oder eines Quartiers, am besten decken, sollten vorrangig umgesetzt werden. Als wichtig werden erneut die Lebensweltnähe und die Vernetzung und Koordination von Angeboten betont. Auch die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als „Kümmerer in den Lebenswelten“ halten die Teilnehmenden für eine prioritäre Aufgabe.

3.5.2 Ansätze der Risikoerkennung

Unter den Ansätzen der Risikoerkennung und -vermeidung wird Sturzprävention als prioritärer Ansatz genannt. In diesem Zusammenhang macht eine Teilnehmerin auf einen Ratgeber für mehr Gangsicherheit und Mobilität (Sozialbehörde Hamburg 2021) aufmerksam, in dem 13 Risikofaktoren bzw. Bereiche als Ausgangspunkte für gezielte Maßnahmen dargestellt werden, darunter Seh- und Hörstörungen, Ernährung und Knochenfestigkeit sowie Gleichgewichtsstörungen.

Prioritär sind zudem Assessments. Jeder Mensch, der in den Ruhestand eintritt, sollte ein Assessment oder Screening erhalten, aus dem hervorgeht, was er oder sie eigeninitiativ am besten tun sollte, um Gesundheit und Selbstständigkeit zu erhalten. Prioritär sind demnach individuelle Empfehlungen.

Eine Priorität sollte auf die Erhöhung der Anzahl von Reha-Sport-Angeboten gelegt werden, idealerweise risikostratifiziert. Wichtig ist, dass diese Angebote in der Nähe der Häuslichkeit sind. Eine weitere Priorität sehen die Teilnehmenden in ambulanter geriatrischer Reha, die verstärkt zur Verfügung gestellt werden sollte. Eine Möglichkeit ist die Verknüpfung von Reha-Sport-Angeboten mit Sportvereinen vor Ort, so dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über längere Zeit konstant an einem Sport- oder Bewegungsprogramm teilnehmen können.

3.5.3 Ansätze im Pflegesetting

Unter den Ansätzen im Pflegesetting wird unter dem Gesichtspunkt der Priorisierung die Beratung genannt. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass es im SGB XI Beratungsinstrumente gibt, die aufeinander zu beziehen sind. Das ZQP hat zwei Assessments entwickelt, die sich auch in Studien als wirksam erwiesen haben:

- ◆ Assessment für Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege (PIP-Assessment)¹³
- ◆ Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE)¹⁴

¹³ <https://www.zqp.de/angebot/pip-assessment/>. Zugriff am 15.11.2024

¹⁴ <https://www.zqp.de/angebot/fragebogen-farbe/>. Zugriff am 15.11.2024

Durch diese Instrumente können Präventionsbedarfe systematisch herausgearbeitet werden. Es ist zu konstatieren, dass in der ambulanten Pflege im Unterschied zur stationären Pflege noch Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Angebotsstruktur und des methodischen Vorgehens besteht. Im Zusammenhang mit dem Beratungsansatz in § 45 SGB XI (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen) wäre wünschenswert, dass ambulante Dienste stärker als Ressource für eine Beratung in der Häuslichkeit genutzt werden.

3.6 Implementierung

Wie sollten die Ansätze implementiert werden? Mit dieser Frage beschäftigte sich das erste Fachgespräch im dritten Teil. Ein Teil der Vorschläge bezieht sich auf Angebote in Kommunen und Quartieren. Darunter ist der Vorschlag, dass die Kommunen verpflichtet werden sollen, bestimmte Angebote zu schaffen. Quartiersnahe Ansätze sind für die Implementierung aussichtsreich. In Berlin beispielsweise würden diese durch die Stadtteilzentren erreicht werden. Diese funktionieren generationenübergreifend, in dem Sinne, dass dort auch nachfolgende Generationen anzutreffen sind, die möglicherweise auf das präventive Verhalten der älteren Generation Einfluss nehmen können.

Präventive Hausbesuche können unterstützen, bestimmte Ansätze zu implementieren. Andere Vorschläge sind Gesundheitstage, zum Beispiel im Krankenhaus; die Nutzung bestehender Kontakte zu den Zielgruppen, also von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, und von Pflegediensten. Dabei gilt für die Hausarztpraxen, dass diesen nicht weitere Aufgaben „aufgebürdet werden sollten“, sondern ihnen eine strukturierte und aktuelle Angebotsliste zur Verfügung gestellt wird, so dass sie auf regionale Angebote verweisen können. Wer diese Angebotsliste erstellen, regelmäßig aktualisieren und zur Verfügung stellen soll, bleibt im Fachgespräch offen. Es ist davon auszugehen, dass eine solche Liste auch durch andere Akteure, zum Beispiel Beratungsstellen, genutzt werden kann.

Weitere Möglichkeiten der Implementierung sind die Einrichtung einer Frailty-Sprechstunde (denkbar im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich), eine geriatrische Institutsambulanz, das Entlassmanagement zum Beispiel im Krankenhaus und eine Informationskampagne zu Möglichkeiten und Potenzialen der Prävention von Pflegebedürftigkeit und zu entsprechenden Angeboten.

So genannte Co-Benefits können die Implementierung von Angeboten unterstützen. In diesem Zusammenhang werden Klimaschutz und Klimaanpassung genannt, denn bei diesen, insbesondere den kommunalen Klimaaktionsplänen, gibt es viele Schnittmengen mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. Ein Beispiel in diesem Zusammenhang sind kommunale Hitzeaktionspläne. Ein weiteres hier einschlägiges Beispiel ist das Projekt Hitzeresiliente

und Gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege (HIGELA) in stationären Pflegeeinrichtungen.¹⁵

¹⁵ www.higela.de. Zugriff am 17.02.2025. Vergleiche auch GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst Bund (2024).

4. Verfügbarkeit von Angeboten und Ansätzen

4.1 Verfügbarkeit von Angeboten

Im zweiten Fachgespräch stand die Frage im Mittelpunkt, welche Angebote bereits vorhanden sind, und welche demgegenüber neu zu schaffen wären. Über alle Kategorien von Angeboten gaben die Teilnehmenden weitgehend die Einschätzung ab, dass Angebote in ausreichendem Maße verfügbar sind, und die Probleme eher in den Zugangswegen und der Inanspruchnahme liegen. Eine Ausnahme von dieser Einschätzung stellen Angebote der mobilen Rehabilitation dar, die keinesfalls ausreichend zur Verfügung stehen.

Die Antworten auf die Frage der Verfügbarkeit überlappen sich stark mit denen des ersten Fachgesprächs auf die Frage, welche Angebote Pflegebedürftigkeit verhindern können.

4.1.1 Ansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Angebote der Gesundheitsförderung und Primärprävention sind verfügbar als zertifizierte Angebote der Krankenkassen insbesondere zur Entspannung, Bewegung, Sturzprävention und -prophylaxe für Menschen über 65 Jahren (GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst Bund 2024). Der Verband der Ersatzkassen (vdek) zum Beispiel hat 11.000 Angebote über die zentrale Prüfstelle Prävention identifiziert. Weitere ausreichend verfügbare Angebote der Krankenkassen beziehen sich auf Mobilitätsförderung, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Insgesamt fällt die Einschätzung der Krankenkassenvertreterinnen und -vertreter so aus, dass individualpräventive Angebote, auch für die Zielgruppe ältere Menschen, flächendeckend vorhanden sind. Dies heißt zwar nicht, dass der Zugang immer gelingt, die Verfügbarkeit jedoch wird als gegeben angesehen.

Auszubauen ist jedoch die kommunale Verantwortung, besonders mit Blick auf Netzwerke und Zugänge. Beispielhaft hierfür ist die Darstellung auf der AWO-Webseite „AWO aktiv im Quartier“.¹⁶ Ebenso beispielhaft in diesem Zusammenhang sind die „Zentren plus“ in Düsseldorf¹⁷ mit Angeboten zu Einsamkeit und Bewegung, mit kulturellen Angeboten sowie Informationsveranstaltungen zum Beispiel zu Vorsorgevollmacht und Pflege.

¹⁶ www.awo-aktiv-im-quartier.de. Zugriff am 15.11.2024

¹⁷ <https://www.duesseldorf.de/senioren/zentrum-plus>. Zugriff am 15.11.2024

4.1.2 Ansätze der Risikoerkennung

Präventive Hausbesuche sind oft nur im Rahmen von Modellprojekten mit ungeklärter Finanzierung und ohne Anschluss in die Regelversorgung verfügbar. Ein Positiv-Beispiel ist demgegenüber das Angebot Gemeindegewest^{plus} in Rheinland-Pfalz, das mittlerweile ein Landesprogramm ist¹⁸. Da die meisten Teilnehmenden im Verlauf der Fachgespräche immer wieder auf die präventiven Hausbesuche zu sprechen kamen, könnte es sich hier um ein deutschlandweit neu zu schaffendes bzw. auszubauendes Angebot handeln.

In der Regelversorgung können geriatrische Assessments eingesetzt werden, wenn hierfür ein Bedarf gesehen wird. Ein verfügbares Screening auf Selbstausfüller-Basis ist der LUCAS Navigator in Hamburg (Forschungsabteilung Albertinen-Haus 2018). Hierdurch können die Zielgruppen in Segmente unterteilt werden: (1) „robust“, (2) Vorgebrechlich oder (3) „gebrechlich (frail, gefährdet)“. Dies entspricht der im Fachgespräch eingeführten Unterteilung der Zielgruppen in Ressourcenförderung, Risiko erkennen oder Ansätzen im Pflegesetting.

4.1.3 Ansätze im Pflegesetting

Auf die Frage nach der Verfügbarkeit von Angeboten werden in dieser Kategorie zahlreiche einzelne Projekte und Programme genannt, die als Beispiele guter Praxis verstanden werden können. Im Projekt „Pflegerische Angehörige im Quartier. Gesundheit fördern, Prävention stärken“¹⁹ werden pflegerische Angehörige in den Blick genommen und es wird ein Fokus auf das Setting Tagespflege gelegt. Das Projekt wird vom vdek und dem AWO Bundesverband an fünf Standorten gefördert bzw. umgesetzt (Bremen-Gröpelingen, Heinsberg, Fulda-Eichenzell, Chemnitz-Ebersdorf und Hoyerswerda). Im Rahmen dieses Projektes ist ein Praxisleitfaden entwickelt worden (Verband der Ersatzkassen e. V. 2021, 2024). Als weitere Projekte wurden genannt:

- ◆ Ein vdek-Projekt zur Lebensqualität und zu bewegungsbasierter Pflege, das sich an pflegebedürftige Menschen richtet.
- ◆ „Mobil im Alter – Gesund im Quartier“, gefördert durch den vdek Saarland²⁰
- ◆ Ein Projekt zu Sucht im Alter in Baden-Württemberg, gefördert durch den vdek

¹⁸ <https://mastd.rlp.de/themen/soziales/gut-leben-im-alter/gemeindegewest-plus>. Zugriff am 15.11.2024

¹⁹ <https://awo.org/projekt/gesund-im-quartier/>. Zugriff am 15.11.2024

²⁰ https://www.vdek.com/LVen/SAA/Presse/Pressemitteilungen/2024/finaleAWO_IGB.html. Zugriff am 15.11.2024

- ◆ Im Pflegenetzwerk Vogtlandkreis (das dort anstelle von Pflegestützpunkten eingerichtet wurde) werden Themennachmittage und Wohnortberatung angeboten.²¹
- ◆ Das Projekt „P.F.L.E.G.E“ zielt auf die Förderung der exekutiven Funktionen.²²
- ◆ Im Projekt ReGe Pflege der AOK Rheinland/Hamburg sind Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit mit Pflegegrad 1-3 Zielgruppe. Im Zentrum stehen Multiplikatorenschulungen.

Zu den verfügbaren Angeboten gehören laut den Teilnehmenden ferner Assessments zur Sturzprophylaxe.

4.2 Bedarf an neu zu schaffenden Angeboten

Nachdem im zweiten Fachgespräch in einem ersten Teil zunächst die Frage erörtert wurde, welche Angebote zur Prävention von Pflegebedürftigkeit bereits vorhanden sind, wurde im zweiten Teil diskutiert, welche Angebote erst neu geschaffen werden müssen. Die Frage, welche vorhandenen Angebote weiterentwickelt werden müssen, wurde ebenfalls in diesem Zusammenhang behandelt.

Die Teilnehmenden sind der Ansicht, dass Angebote im Großen und Ganzen ausreichend verfügbar sind und alle Bedürfnisse in diesem Bereich abdecken. Hauptproblem ist nicht die Verfügbarkeit, sondern die Frage des Zugangs. Daher sind Assessments und Screenings so bedeutsam, um Personen mit entsprechendem Bedarf auf passende Präventionsangebote hinzuweisen. Vor dem Hintergrund der ausreichenden Verfügbarkeit von Angeboten könnte eine Sichtung der Angebote unter Berücksichtigung der Verantwortlichkeiten (Träger und Durchführende) und Zugangswege sinnvoll sein. Dabei sollte ermittelt werden, was einer individuellen Wirksamkeit und einer breiten Nutzung gegebenenfalls entgegensteht. Die vorhandenen Angebote sollten insgesamt noch besser an die Bedarfe der Zielgruppe angepasst und besser vernetzt werden. Die Kommunen haben als eigene Lebenswelt eine besondere Aufgabe hinsichtlich der Schaffung bzw. Zurverfügungstellung präventiver Angebote. Diese sollte verbessert werden. Durch Multiplikatoren sollten Zugangswege zu Präventionsangeboten geschaffen werden, insbesondere für solche Zielgruppen, die die Häuslichkeit nicht mehr gut verlassen können.

In der Kategorie „Ansätze im Pflegesetting“ wird von den Teilnehmenden geäußert, dass Tagespflege-Angebote insbesondere im ländlichen Raum nicht flächendeckend verfügbar seien. Ebenso nicht ausreichend verfügbar sind Angebote der geriatrischen Rehabilitation. Einige Bundesländer haben zum Beispiel keine geriatrischen Rehabilitationsstrukturen. Ausbaubedürftig ist auch das Angebot an ambulanter bzw. insbesondere mobiler geriatrischer Rehabilitation. Letztere sind

²¹ <https://pflegenetz-vogtland.de/>. Zugriff am 15.11.2024

²² <https://www.eufh.de/hochschule/forschung/lebensqualitaet-durch-bewegungsorientierte-pflege>. Zugriff am 15.11.2024

besonders für Menschen sinnvoll, die bereits einen höheren Pflegegrad haben und die Rehabilitationsmaßnahme am ehesten in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen könnten.

Die genannten Weiterentwicklungsbedarfe zielen auf eine Verpflichtung der Kommunen, niedrigschwellige Präventionsangebote für unter Risiko stehende und pflegebedürftige Personen bereit zu stellen. Dazu gehören Angebote von Sportvereinen, die auch ohne Mitgliedschaft für die Zielgruppen nutzbar sein sollten, vor allem im ländlichen Raum, um lange Fahrtwegen zu Präventionsangeboten zu vermeiden.

Eine Weiterentwicklung sollte in der Risikostratifizierung von Versorgungsangeboten, unter anderem bei der Gesundheitsuntersuchung erfolgen.

Es sollten Anreize geschaffen werden, um aus einem höheren wieder in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft zu werden. Derzeit gehen die Anreize (für Angehörige, für Pflegedienste) in die andere Richtung.²³

Gestärkt werden sollte der Beratungsansatz in der Pflegebegutachtung durch die Medizinischen Dienste. In diesem Zusammenhang könnte auch eine persönliche Überbringung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und deren individuelle Erklärung des Bescheids sinnvoll sein. In einem Forschungsvorhaben unter Leitung der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Beteiligung des MD Bund wird aktuell der Einsatz einer sogenannten „Prevention Nurse“ erprobt. Diese soll im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung eingesetzt werden und könnte eine sinnvolle Weiterentwicklung für eine bessere Vermittlung von Präventionsmaßnahmen sein.

Die Teilnehmenden bringen über die bisher genannten Ansätze hinausgehend ein, dass Angebote der Gewaltprävention ausgebaut werden sollten.

Ehrenamtliche könnten in die Ausgestaltung von Präventionsangeboten einbezogen werden. Auch die Berücksichtigung von Menschen als Zielgruppe, die in Seniorenwohnungen bzw. in Angeboten wie „Betreutes Wohnen“ leben, aber noch wenige Einschränkungen hinsichtlich ihrer Selbstständigkeit aufweisen, könnte zielführend sein.

4.3 Machbarkeit und Finanzierbarkeit der Angebote

Die Frage der Machbarkeit und Finanzierbarkeit präventiver Angebote konzentrierte sich in den Fokusgruppendifkussionen stark auf Ansätze für Menschen mit erhöhtem Risiko und bereits Pflegebedürftige.

Die Machbarkeit der präventiven Hausbesuche ist aus Sicht der Teilnehmenden „auf jeden Fall“ gegeben. Die Finanzierbarkeit ist derzeit noch davon geprägt, dass

²³ Hier sei erneut auf den Hinweis in Fußnote 11 verwiesen, dass es zumindest in der stationären Pflege solche Anreize gibt (§ 87a Absatz 4 SGB XI).

Verantwortlichkeiten nicht eindeutig sind. Im besten Falle profitieren die Pflegekassen von präventiven Hausbesuchen, gleichzeitig sind sie aber bei noch nicht Pflegebedürftigen nicht zuständig. Die Kommunen sollten eine finanzielle Verantwortung tragen.

Doppelstrukturen sollten insbesondere bei einer Überführung in die Regelversorgung vermieden werden. Bei präventiven Hausbesuchen könnte eine Aufgabenüberschneidung mit ähnlichen Angeboten und Leistungen zu einer Doppelstruktur beitragen. Dies erhöht die Kosten, und unklare Zuständigkeiten können Betroffene überfordern.

Für gut machbar und finanziell unaufwändig halten die Teilnehmenden auch ein altersstratifiziertes Angebot der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V.

Am Beispiel der ambulanten geriatrischen Rehabilitation zeigt sich, dass sich die Kosten für diese Maßnahme schnell amortisieren, weil höhere Pflegegrade verhindert werden können (bei gleichzeitig besserer Lebensqualität). Ein nachgewiesener Effekt ist laut den Teilnehmenden die Verzögerung der Aufnahme in die stationäre Pflege, was sich stark kostensparend auswirkt. Die mobile Reha erweist sich entgegen von Befürchtungen nicht als teurer als die stationäre, trotz Fahrtkosten und Zeitaufwand für die Therapeutinnen und Therapeuten. Für die mobile Reha gilt zudem: Sie wird auch eher in Anspruch genommen als eine stationäre Reha, weil Betroffene nach einem Krankenhausaufenthalt erstmal in der eigenen Häuslichkeit und nicht von Angehörigen getrennt sein wollen.

Geriatrische Assessments werden ebenfalls als machbar eingeschätzt. Je nach Kontext kann eine vereinfachte Version des Instruments verwendet werden (das zeigt zum Beispiel die Anwendung in der Notaufnahme in Köln).

5. Zugang und Inanspruchnahme

5.1 Zugang und Inanspruchnahme

Im dritten Gespräch wurde die Frage erörtert, wie der Zugang und die Inanspruchnahme zu präventiven Angeboten erleichtert werden können. In diesem Zusammenhang wurde auch die Rolle der ärztlichen Präventionsempfehlung nach § 25 SGB V und deren möglicher Ausweitung auf weitere Berufsgruppen erörtert.

5.1.1 Präventive Hausbesuche

Präventive Hausbesuche (PHB) erfahren als Zugangsweg zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sehr viel Unterstützung durch die Teilnehmenden. Gleichzeitig äußern einige Skepsis, weil die Inanspruchnahme teilweise sehr gering ausfällt und es Zweifel gibt, ob die Evidenz zur Wirksamkeit für eine dauerhafte Finanzierung ausreicht. Hierzu stellt sich unter den Teilnehmenden kein Konsens ein. Im Zusammenhang mit präventiven Hausbesuchen wird auch die Idee wohlwollend diskutiert, dass Hausärztinnen und Hausärzte die Möglichkeit haben sollten, diese zu verordnen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass derzeit häufig die Kommunen die Verantwortung für die Hausbesuche haben (oft in Modellprojekten) und diese nicht Leistungserbringer im SGB V werden können. Eine Teilnehmerin spricht sich dafür aus, diese als Pflicht für die Pflegestützpunkte im SGB XI zu regeln. Eine andere Idee ist, die Hausbesuche durch Personal aus der Hausarztpraxis durchführen zu lassen. In diesem Zusammenhang ist wiederum zu beachten, dass die PHB sehr variantenreich sind. Einige haben den Anspruch, eine eigenständige Intervention zu sein, andere verstehen sich als Zugangsweg und Verweisgelegenheit zu anderen Angeboten. Bei einigen PHB hat sich gezeigt, dass über diesen Weg auch Angehörige für die Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden können.

Wenn PHB hier eine Rolle spielen, sollten sie gesetzlich verankert, inhaltlich festgelegt und ihre Finanzierung sichergestellt werden. Dabei sollten Doppelstrukturen vermieden werden, die aufgrund von Überschneidungen mit den Aufgaben der Pflegestützpunkte bestehen. Auch sollte die Zielgruppe genau definiert werden, um eine Ressourcenverschwendung zu vermeiden.

Der Einbezug pflegender Angehöriger kann Zugang und Inanspruchnahme verbessern. Eine Erfahrung, über die im Fachgespräch berichtet wurde, zeigt: Wenn die Angehörigen selbst ein Angebot zur gleichen Zeit in Anspruch nehmen können (zum Beispiel ebenfalls ein Bewegungsprogramm, aber intensiver als das für die Pflegebedürftigen), kann das Zugang und Inanspruchnahme verbessern.

5.1.2 Hausarztpraxen

Die Hausarztpraxis ist in Bezug auf Zugang zu und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten naheliegend, da nahezu alle älteren Menschen regelmäßig Kontakt

zur Hausarztpraxis als ihren ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen haben. Von großer Bedeutung können auch die nicht-ärztlichen Teams in den Praxen sein.

Einige Voraussetzungen müssen jedoch noch geschaffen werden, damit die Hausarztpraxis ihr Potenzial in der Prävention von Pflegebedürftigkeit realisieren kann. Informationsflüsse von anderen Versorgern, die jedoch nicht weiter konkretisiert wurden, gehören dazu. Für die Informationsübermittlung von der Pflege-Begutachtung an die betreffende Hausarztpraxis sollte es laut der Teilnehmenden nicht der expliziten Zustimmung der Versicherten bedürfen, sondern es sollte eine Widerspruchs-Regelung eingeführt werden. Derzeit fehlt die ausreichende Vernetzung zwischen Hausarztpraxis und pflegerischer Versorgung. Gäbe es diese, könnten mehr Zugangswege realisiert werden.

Die Hausarztpraxen wären außerdem darauf angewiesen, dass ihnen die Angebote in einer Region bekannt sind und idealerweise eine strukturierte und aktuelle Liste vorliegt, damit sie Patientinnen und Patienten an Angebote verweisen können. Eine solche Liste muss regionalspezifisch erstellt, gepflegt und aktualisiert werden.

5.1.3 Zugangswege: Im Alltagsbezug ansetzen, Vertrauen aufbauen

Aus dem rheinland-pfälzischen Landesprogramm Gemeindeschwester^{Plus} und der zugehörigen Evaluation lassen sich Erkenntnisse zu Zugangswegen zu und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten ableiten (Küppers et al. 2023). Das Programm richtet sich an Menschen ohne Pflegegrad. Die kommunale Anbindung hat dazu geführt, dass die Zielgruppe das Angebot als neutral und vertrauenswürdig einschätzt. Ein Brief des Bürgermeisters mit Briefkopf und Wappen der Kommune stellt das Programm vor. Eine Wort-Bild-Marke wurde geschaffen und wird in Flyern und anderen Materialien verwendet. Auch ein Bild der Fachkraft, die den präventiven Hausbesuch durchführen wird, ist auf dem Flyer abgebildet, um das Vertrauen zu steigern. Das Programm hat gute Erfahrungen mit dem Netzwerkaufbau gemacht, zum Beispiel bei Informationsveranstaltungen und regionalen Pflegekonferenzen. Seniorennachmittage und andere Gelegenheiten, wo Seniorinnen und Senioren anzutreffen sind, wurden zum Netzwerkaufbau genutzt. Gute Erfahrungen wurden auch über Bekanntmachungen in der lokalen Presse und Sozialen Medien einschließlich Videoclips gemacht („Ständige Information, ständige Beratung, ständiges Erinnern“). Durch die Gesamtheit dieser Maßnahmen wurde eine Vertrauensbasis geschaffen, die für die Inanspruchnahme von großer Bedeutung ist.

5.1.4 Zugangswege im Zusammenhang mit SGB XI-Leistungen

Im Kontext des SGB XI gibt es vier Zugangswege, durch die auf präventive Angebote aufmerksam gemacht werden könnte:

- ◆ die Pflegebegutachtung nach § 18ff SGB XI, in der auch der Präventionsbedarf festgestellt wird;
- ◆ die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI;

- ◆ die Beratung in der eigenen Häuslichkeit für Pflegegeldbeziehende nach § 37 Absatz 3 SGB XI, wo Prävention zwar kein expliziter Beratungsschwerpunkt ist, die jedoch dazu genutzt werden kann, Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu geben;
- ◆ die Pflegekurse nach § 45 SGB XI.

Besonderes Potenzial können Pflegebegutachtungen aus Anlass eines Akutereignisses haben. Hier haben die Menschen möglicherweise eine besonders hohe Bereitschaft, den Empfehlungen zu folgen und sich entsprechend zu engagieren. Die Präventionsempfehlung im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung sollte stärker genutzt werden. Derzeit erhält nur ein kleiner Teil der Begutachteten eine Präventionsempfehlung.²⁴

Die Wirksamkeit der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI sollte geprüft und gegebenenfalls mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verknüpft werden. Das könnte eine Vernetzung der Beratungsleistungen bedeuten und eine Prüfung beinhalten, welche Potenziale in diesem Zusammenhang noch realisiert werden können.

Teilweise wird aus dem Kreis der Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass Zugänge im Zusammenhang mit SGB XI-Leistungen voraussetzen, dass die jeweiligen Beratenden und Begutachtenden auch die fachliche Kompetenz haben, Präventionsbedarfe zu erkennen und einzuschätzen. Als Gegenargument wird vorgebracht, dass die Fachkräfte die entsprechenden Kompetenzen überwiegend bereits haben. Ein Problem sind eher die Ressourcen und eine angemessene Vergütung der Leistungen.

5.1.5 Allgemeine Werbung für Angebote

Die Inanspruchnahme kann durch allgemeine informierende und werbende Maßnahmen verbessert werden. Diese sollten im Alltag der Menschen ansetzen, zum Beispiel lokale Nachrichten, Gemeindeblätter der Kirchen, über die Kommunalvertreterinnen und -vertreter, Flyer in Apotheken, Sanitätshäusern, Volkshochschulen, Büchereien, Physiotherapeuten, Friseure, Seniorenzentren, Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Für den ländlichen Raum werden über gute Erfahrungen mit der Einbindung der Vereine der Landfrauen berichtet.

²⁴ Eine Einschätzung des Anteils von pflegebedürftigen Menschen in ambulanter Versorgung, der eine Präventionsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung erhält, ermöglicht eine Datenauswertung von Braeseke et al. (2020), der zufolge weniger als jeder sechste Versicherte (15 Prozent) mit Pflegebedarf und ambulanter Versorgung im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit mindestens eine Präventionsempfehlung erhält.

5.1.6 Sonstige Aspekte im Zusammenhang mit Zugangswegen und Inanspruchnahme

Bei der Vernetzung von Angeboten sollten auch ehrenamtliche Angebote und Selbsthilfegruppen, nicht nur professionelle Angebote, berücksichtigt werden.

Der Deutsche Verein spricht sich für eine stärkere Umsetzung der Altenhilfe nach § 71 SGB XII aus (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2024). Die dort genannten Angebote sollten im Sinne der Teilhabe und Prävention ausgebaut und mit Pflegestrukturen verknüpft werden.

Bei Überlegungen zum Einbezug pflegender Angehöriger ist zu berücksichtigen, dass ein großer Anteil nicht durch SGB XI-Akteure erreicht wird.

Bei älteren Menschen kann die Notwendigkeit, öffentliche Verkehrsmittel für die Inanspruchnahme eines Präventionsangebots nutzen zu müssen, eine Zugangshürde sein. Insofern diese abgebaut wird, wird der Zugang verbessert. Die Bedeutung von Transportdiensten wird dabei hervorgehoben: Die Gruppe jener, die ausschließlich in der Häuslichkeit gefördert werden, muss so klein wie möglich gehalten werden. Der langfristige Entzug einer Sozialisation außerhalb der eigenen vier Wände ist eine massive Verschlechterung der Lebensqualität und leistet Vereinsamung, Demotivation und Inaktivierung Vorschub. Von vielen Teilnehmenden an Gruppenangeboten wird bereits das "einmal-raus-kommen" und "unter Leuten sein" als Gewinn gesehen.

Zu beachten ist, dass nicht alle Zielgruppenangehörige ein Bewusstsein dafür haben, dass sie einen Bedarf in Bezug auf Präventionsmaßnahmen haben. Vor diesem Hintergrund können Angebote der Geselligkeit („Plauderstündchen“ und ähnliches) sinnvoll sein, als erster Schritt, um Menschen zu gewinnen.

Vertrauenswürdige Multiplikatoren vor Ort können Zugangswege darstellen und die Inanspruchnahme verbessern.

Bereits bestehende Vernetzungen zwischen Versorgungsstrukturen (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheker, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, etc.) könnten besser genutzt werden. Zum Beispiel durch die umfängliche Nutzung der Telematikinfrastruktur.

Im Rahmen des Entlassmanagements, zum Beispiel aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung, sollte der Bericht für den Hausarzt bzw. die Hausärztin Empfehlungen für individuell passende präventive Angebote enthalten. Dies stellt eine Entlastung für den Hausarzt bzw. die Hausärztin dar und kann die erreichten Therapieerfolge stabilisieren.

Wichtig für die Inanspruchnahme ist Mund-zu-Mund-Propaganda. Vor diesem Hintergrund könnte es die Inanspruchnahme steigern, wenn man die Selbsthilfebewegung systematisch vor Ort zusammenschließt bzw. gegenseitig bekannt macht.

5.2 Rolle der ärztlichen Präventionsempfehlung und deren Ausweitung

Ein Aspekt des dritten Fachgesprächs war, welche Rolle eine Ausweitung der ärztlichen Präventionsempfehlung gemäß Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie für Zugangswege und Inanspruchnahme spielen könnte. Zudem wurde diskutiert, ob die Präventionsempfehlung auch durch andere Berufsgruppen ausgestellt werden können sollte.

Für diese Überlegungen gab es aus dem Teilnehmendenkreis verhaltene Unterstützung. Es zeigte sich aber gleichzeitig, dass nur einer Minderheit die ärztliche Präventionsempfehlung bekannt war (auch wenn diese durch die Moderation erläutert wurde). Die Präventionsempfehlung hat gegebenenfalls das Potential, wegen ihrer offiziellen Anmutung als eine Art Verordnung durch den Arzt bzw. die Ärztin von den Betroffenen angenommen zu werden. Damit würde auch eine Ausweitung eines solchen „Social Prescribing“ auf andere Fachpersonen mit den gleichen Vorteilen für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen einhergehen. Voraussetzung für die Nutzung der Präventionsempfehlung ist die Steigerung der Bekanntheit der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V, da in deren Rahmen die Präventionsempfehlung ausgestellt wird.

Diskutiert wird in diesem Zusammenhang, ob die Gesundheitsuntersuchung, die ursprünglich für eher jüngere Versicherte angeboten wurde, damit Risikofaktoren möglichst frühzeitig erkannt werden und so das präventive Potenzial früh ausgeschöpft wird, in einer speziellen Variante auch für ältere Menschen angeboten werden sollte.

6. Skizze eines Szenarios zur Prävention von Pflegebedürftigkeit

In den Fachgesprächen wurden die verschiedenen Aspekte, die zur Prävention von Pflegebedürftigkeit eingebracht wurden, durch die Moderation in folgendem Szenario skizziert und mit den Teilnehmenden besprochen.

Für einen älteren Menschen könnte sich die Prävention von Pflegebedürftigkeit wie folgt darstellen: Aus Anlass beispielsweise des Renteneintritts oder Überschreiten eines bestimmten Alters erhält er durch die Kommune einen präventiven Hausbesuch. In diesem Rahmen findet ein Beratungsgespräch statt. Er erfährt, was in seiner Umgebung, in seiner Kommune, angeboten wird, möglicherweise bereits abgestimmt auf seine speziellen Bedarfe. Auch auf Angebote der Krankenkasse wird hingewiesen.

Wie die meisten Deutschen ist er regelmäßig bei seiner Hausärztin und wird dort regelmäßig auf Risiken hin gescreent. Daraus gehen unter Umständen nicht nur kurative, sondern auch (sekundär-)präventive Maßnahmen hervor. Die Hausärztin erkennt so rechtzeitig viele mögliche Risiken für den vorzeitigen Verlust von Selbstständigkeit. Die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V in einer Variante für ältere Menschen würde ebenfalls relevante Risiken erkennen.

Wenn erforderlich, würde ihm eine (ambulante) geriatrische Rehabilitation verordnet, um bereits bestehende Funktionseinschränkungen zu kompensieren oder rückgängig zu machen. Sollte ein Krankenhausaufenthalt erforderlich sein, beinhaltet dieser von Anfang an ein Entlassmanagement, das dafür sorgt, dass er möglichst eine stationäre oder ambulante geriatrische Reha in Anspruch nehmen kann, um den Pfad zur Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Nach dennoch eintretenden (weiteren) Verschlechterungen von Selbstständigkeit und Fähigkeiten stellt sich gegebenenfalls die Frage nach einem Antrag auf einen Pflegegrad. Es folgt eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (einschließlich einer Präventions- und Rehabilitationsempfehlung). Der Besuch einer Prevention Nurse wird ausgelöst, falls der Pflegegrad nicht oder nur als Pflegegrad eins bewilligt wird. Durch sie erfolgt eine Beratung zu Hause, wie die Pflegebedürftigkeit weiter verzögert werden kann. Sollte doch eine Pflegebedürftigkeit anerkannt werden, kommt der ältere Mensch mit dem Pflegestützpunkt oder der Pflegeberatung der Krankenkassen in Kontakt. An dieser Schnittstelle erhält er wieder eine gute Beratung, nicht nur zu den Leistungen des SGB XI, sondern auch zu den präventiven Möglichkeiten.

Eventuell nimmt er früher oder später einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch, der ihm unter anderem auch Leistungen anbietet, die speziell auf die Förderung und den Erhalt der Selbstständigkeit zielen.

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Fachgespräche zusammengefasst und Empfehlungen in Bezug auf die Weiterentwicklung der Pflegeprävention in Deutschland formuliert. Um die zahlreichen Vorschläge aus dem Kreis der Expertinnen und Experten hinsichtlich der jeweils angesprochenen Akteurinnen und Akteure und Zuständigkeiten besser zuordnen zu können, wird einleitend ein „Rahmenkonzept Pflegeprävention“ entworfen. Das Konzept ordnet im ersten Schritt die wesentlichen Aufgabenstellungen in drei Kategorien. Bezogen auf diese Aufgaben werden anschließend die Ergebnisse der Fachgespräche zusammengefasst, indem jeweils die von den Expertinnen und Experten benannten Akteurinnen und Akteure sowie die empfohlenen Handlungsansätze benannt werden. Basierend auf diesen Zuordnungen werden Empfehlungen für Maßnahmen bzw. Anpassungen von Rahmenbedingungen abgeleitet, die von den betreffenden Akteurinnen und Akteuren ergriffen bzw. umgesetzt werden sollten. Dabei handelt es sich zum einen um Empfehlungen, die explizit von Teilnehmenden der Fachgespräche formuliert wurden, zum anderen um Ableitungen der IGES-Autoren aus dem Verlauf und Kontext der Diskussionen.

In den Fachgesprächen wurden nicht nur Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (PuG) im engeren Sinne erörtert, sondern auch Interventionen aus angrenzenden Bereichen als relevant für das übergeordnete Ziel der Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hervorgehoben (insbesondere Rehabilitation, medizinische und therapeutische Leistungen). Diese Ergebnisse, die sich der Sekundär- und Tertiärprävention zuordnen lassen, werden ebenfalls in das „Rahmenkonzept Pflegeprävention“ eingeordnet.

7.1 Rahmenkonzept Pflegeprävention

Im Rahmen der Fachgespräche wurde primär über bereits existierende bzw. wünschenswerte Angebote, Interventionen, Projekte und Handlungsansätze diskutiert. Diese Ansätze lassen sich als (spezifische) Antworten auf die übergeordneten Aufgabenstellungen auffassen, die in einem wirksamen System der Pflegeprävention gelöst werden müssen.

Abbildung 4 zeigt eine Gruppierung der aus Sicht von IGES zentralen Aufgabenstellungen in drei Themenkomplexe. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Fachgespräche gegliedert nach diesen Komplexen und den zugehörigen Aufgaben sowie mit Bezug auf die jeweils relevanten bzw. in den Fachgesprächen angesprochenen Akteurinnen und Akteure dargestellt.

Abbildung 4: Rahmenkonzept Pflegeprävention: Kategorisierung der Aufgabenkomplexe

A. Information, Beratung, Bedarfsermittlung, Maßnahmenempfehlung, Überleitung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Beratung und Information über Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen 2. Regionale Angebotstransparenz 3. Untersuchung und Screening auf Risiken und Präventionspotenziale 4. Individuelle Maßnahmenberatung und -planung 5. Verordnung von Maßnahmen/Leistungen
B. Maßnahmen- und Leistungsangebote
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alltagsnahe Aktivitäten 2. Zertifizierte Prävention und Gesundheitsförderung 3. Medizinische Versorgung 4. Sekundär- und Tertiärprävention 5. Pflegerische Versorgung
C. Strukturaufbau, Steuerung und Weiterentwicklung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Struktur- und Angebotsplanung und -entwicklung 2. Forschung und Maßnahmenentwicklung 3. Anreize

Quelle: IGES

7.2 Aufgabenkomplex A. Information, Beratung, Bedarfsermittlung, Maßnahmenempfehlung, Überleitung

Komplex A. umfasst Aufgaben im Vorfeld der Inanspruchnahme von bzw. zur Überleitung in Maßnahmen und Leistungen der PuG. Abbildung 5 zeigt neben der Aufgabenliste die wichtigsten Akteurinnen und Akteure, die bereits aktuell bei diesen Aufgaben involviert sind bzw. die in den Fachgesprächen als Adressaten für Empfehlungen und Vorschläge formuliert wurden. Im unteren Teil der Grafik sind beispielhaft einzelne Maßnahmen und Aktivitäten der betreffenden Akteurinnen und Akteure aufgeführt, mit denen diese zur Erfüllung der jeweiligen Aufgaben beitragen.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Fachgespräche in Bezug auf jede einzelne Aufgabe zusammengefasst. Anschließend werden die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeprävention dargestellt, die sich auf diesen Aufgabenkomplex beziehen.

Abbildung 5: Rahmenkonzept Pflegeprävention: Aufgaben, Akteure und beispielhafte Maßnahmen im Aufgabenkomplex A

A. Information, Beratung, Bedarfsermittlung, Maßnahmenempfehlung, Überleitung					
<ol style="list-style-type: none"> Allgemeine Beratung und Information über Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen Regionale Angebotstransparenz Untersuchung und Screening auf Risiken und Präventionspotenziale Individuelle Maßnahmenberatung und -planung Verordnung von Maßnahmen/Leistungen 					
<p>Landkreise, Kommunen, öffentliche u. zivilgesellschaftliche Akteure</p> <p>Aufgaben: 1., 2., 4.</p>	<p>Ambulante ärztliche Versorgung</p> <p>Aufgaben: 1., 3., 4., 5.</p>	<p>Stationäre medizinische Versorgung</p> <p>Aufgaben: 4., 5.</p>	<p>Pflegeberatung, Pflegestützpunkte</p> <p>Aufgaben: 1., 2., 4.</p>	<p>Pflegebegutachtung</p> <p>Aufgaben: 1., 3., 4.</p>	<p>Pflegedienste und -einrichtungen</p> <p>Aufgaben: 1., 3., 4.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Präventive Hausbesuche Regionale Angebotsübersichten 	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsuntersuchung Geriatrische Assessments Verordnung von Reha, Therapien 	<ul style="list-style-type: none"> Entlassmanagement Überleitung Reha 	<ul style="list-style-type: none"> Beratung zu Prävention, Rehabilitation Regionale Angebots-transparenz 	<ul style="list-style-type: none"> Ermittlung Präventions- und Reha-potenziale Empfehlung Präventions- und Reha-maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> Ermittlung Präventions- und Reha-potenziale Beratungsbesuche gem. § 37 Abs. 3 SGB XI

Quelle: IGES

7.2.1 A.1 Allgemeine Beratung und Information über Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen

In den Fachgesprächen wurde vielfach darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit und Relevanz von PuG in Bezug auf den Erhalt von Selbständigkeit bei der Zielgruppe, aber auch bei vielen Professionellen, zu wenig bekannt sind bzw. dass PuG überwiegend als Thema für jüngere Menschen wahrgenommen wird.

Zuständigkeiten für diese Aufgabe wurden vor allem bei den öffentlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren (Landkreise usw.) und den Vertragsärztinnen und -ärzten sowie – mit engerem Fokus auf die Zielgruppe der pflegenahen Bevölkerungsgruppen – bei den Instanzen der Pflegeberatung und -begutachtung gesehen.

In einigen Regionen (zum Beispiel Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz) haben sich präventive Hausbesuche als ein wirksames Instrument bewährt, mit dem die ältere Bevölkerung allgemein über PuG und die regionalen Angebote (vergleiche auch A.2) informiert werden kann²⁵. Je nach Konzept bzw. personeller Unterersetzung der präventiven Hausbesuche kann gegebenenfalls auch eine individualisierte Beratung unter Berücksichtigung der bei dem Hausbesuch vorgefundenen persönlichen Situation der älteren Bürgerinnen und Bürger erfolgen (vergleiche A.4).

²⁵ Eine aktuelle Übersicht zu den präventiven Hausbesuchen findet sich bei Dapp (2024).

Das Angebot eines präventiven Hausbesuchs ist grundsätzlich gut geeignet die Zielgruppe im Sinne der „Primärprävention von Pflegebedürftigkeit“ zu erreichen, insofern die Gesamtbevölkerung bei Überschreiten einer festgelegten Altersschwelle proaktiv – meist von Seiten der Kommune oder des Landkreises – angesprochen wird. In den Fachgesprächen wurde jedoch darauf hingewiesen, dass das Angebot vielfach nur von einem kleinen Prozentsatz tatsächlich in Anspruch genommen wird und dass deshalb (zum Beispiel in Hamburg) bereits eine „Opt-out-Variante“ (das heißt die Zielperson muss den Hausbesuch aktiv ablehnen) etabliert wurde, die zu einer deutlich höheren Inanspruchnahmequote führe.

Die präventiven Hausbesuche sind systematisch als eine Aktivität der Kommunen bzw. Gebietskörperschaften zu sehen. Diese Zuständigkeit wurde in den Fachgesprächen auch unterstrichen. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass vielen Gebietskörperschaften die finanziellen Mittel fehlen, um präventive Hausbesuche als Regelmaßnahme zu etablieren, weshalb dieses Konzept bisher nur in ausgewählten Regionen umgesetzt wird. In den Fachgesprächen wurde daher empfohlen, eine verlässliche Finanzierungsgrundlage und damit eine wesentliche Voraussetzung für eine Angebotsausweitung der präventiven Hausbesuche zu schaffen.

Mit Blick auf die allgemeine Bevölkerung kommt ferner insbesondere den Hausärztinnen und Hausärzten – aber auch anderen häufig kontaktierten ärztlichen Fachgruppen (zum Beispiel Gynäkologie, Orthopädie etc.) – eine wichtige Rolle bei der Information über und Empfehlung von PuG-Maßnahmen zu, da die Zielgruppe zum weit überwiegenden Teil regelmäßige Arztkontakte hat.

Die Regelung der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur „ärztlichen Präventionsempfehlung“ (Empfehlung von verhaltensbezogener Primärprävention, Muster 36) dient der Unterstützung dieser Rolle. Faktisch wird von der Präventionsempfehlung (die aktuell keine Konsequenzen auf der vertragsärztlichen Vergütungsebene hat) jedoch insgesamt nur sehr wenig Gebrauch gemacht und wahrscheinlich ist sie vielen Ärztinnen und Ärzten sowie den meisten Versicherten unbekannt (Die Nationale Präventionskonferenz 2023). Inwiefern dieses Instrument bei älteren bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohten Versicherten genutzt wird, ist nicht bekannt.

In den Fachgesprächen wurde dafür plädiert, die potenziell sehr wirksame Funktion der (Haus-)Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Feststellung eines Präventionsbedarfs bzw. die Beratung im Hinblick auf den Nutzen von PuG im höheren Lebensalter systematisch zu stärken. Als konkrete Maßnahmen wurde zum einen die Einführung einer altersangepassten Variante der Gesundheitsuntersuchung (gemäß § 25 SGB V) vorgeschlagen (vergleiche auch A.3). Zum anderen wurde eine generelle Verbesserung der hausärztlichen Beratungsmöglichkeiten in Bezug auf PuG, insbesondere auch durch stärkeren Einbezug von nicht-ärztlichen Mitgliedern der Praxisteams gefordert.

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung könnte vor allem auch die gesundheitlich vielfach stark belastete Zielgruppe der pflegenden Angehörigen wirksam erreicht werden. Unter Ägide der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

(DEGAM) wurde 2018 eine medizinische S3-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ erstellt (DEGAM 2018), die gegenwärtig überarbeitet wird. Diese Leitlinie thematisierte innerhalb des Gesamtkomplexes der Belastungsreduktion und Unterstützung auch Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es bleibt abzuwarten, welchen Stellenwert diese Thematik in der überarbeiteten Leitlinie haben wird.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung werden aktuell bereits Empfehlungen zu Maßnahmen der Prävention ausgesprochen (§ 18b Absatz 1 Nummer 2 SGB XI). In den Fachgesprächen wurde zum einen angeregt, auch die Pflegestützpunkte und die übrigen Akteure der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI im Hinblick auf die Information und Beratung zu PuG weiterzuentwickeln. Zum anderen wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit die Wirksamkeit der Präventionsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung (und auch einer PuG-bezogenen Beratung in Pflegestützpunkten) gesteigert werden könnte, wenn die Empfehlungen unmittelbar mit konkreten Verweisen an regional vorhandene Angebote verknüpft werden könnten. Dies würde voraussetzen, dass die Gutachtenden über entsprechende Angebotsverzeichnisse verfügen (vergleiche A.2).

7.2.2 A.2 Regionale Angebotstransparenz

Neben der Aufgabe, die Zielgruppen grundsätzlich über das Thema PuG zu informieren (A.), wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, ihnen Informationen über die regional jeweils vorhandenen Angebote zur Verfügung zu stellen. Aktuelle Angebotsübersichten sind nicht nur für die Zielgruppe selbst, sondern auch für Akteure relevant, die beratend tätig sind (zum Beispiel Pflegebegutachtung, Pflegeberatung, Vertragsarztpraxen).

Zuständigkeiten für diese Aufgabe wurden vor allem bei den öffentlichen Akteuren (Kommunen, Landkreise) sowie den Pflegestützpunkten bzw. analogen regional verankerten Beratungseinrichtungen für ältere und/oder pflegebedürftige Menschen gesehen.

In den Fachgesprächen berichteten zum Beispiel die Kranken- und Pflegekassen über zahlreiche regional bestehende Angebote und Modellprojekte zur Pflegeprävention. Gleichzeitig wurde jedoch deutlich, dass eine systematische Angebots-Transparenz (Welche PuG-Angebote für ältere Menschen gibt es hier vor Ort?) keineswegs regelhaft gegeben ist. Ein wichtiger Grund für diese Lücke ist darin zu sehen, dass viele Angebote mit dem jeweiligen Anbieter (zum Beispiel der betreffenden Kasse oder Kassenart) verknüpft sind, wogegen eine übergreifende regionale Perspektive bisher nur in Ausnahmefällen (Modellprojekte) existiert.

Die Erstellung und Pflege regionaler Wegweiser für PuG bzw. Pflegeprävention wäre eine genuine Aufgabe für regionale Steuerungs- und Planungsstrukturen (zum Beispiel Regionale Gesundheits-/Pflegekonferenzen, vergleiche die Ausfüh-

rungen zu C.3). Entsprechende Entwicklungen werden beispielsweise aktuell in einem Projekt der AOK Rheinland/Hamburg in drei Landkreisen vorangetrieben (Projekt ReGePflege²⁶).

Übersichten über PuG-Angebote für die pflegenaher Zielgruppe könnten auch Pflegestützpunkte bzw. andere Instanzen der Pflegeberatung erarbeiten und pflegen, sofern eine Erweiterung von deren Aufgabenspektrum in den Bereich der PuG erfolgt (vergleiche die Ausführungen zu A.1).

7.2.3 A.3 Untersuchung und Screening auf Risiken und Präventionspotenziale

Neben einer intensiveren Information und Aufklärung der Allgemeinbevölkerung über den Nutzen von PuG zur Verhütung von Selbstständigkeitsverlusten wurde in den Fachgesprächen die Bedeutung gezielter Untersuchungen auf das Vorliegen von Risiken bzw. von beginnenden Funktionseinschränkungen betont. So wurde vor allem von Teilnehmenden aus der Perspektive der (spezialisierten) Geriatrie darauf hingewiesen, dass gegenwärtig eine relevante Untererfassung von beginnenden Funktionseinbußen bzw. der Entstehung von Gebrechlichkeit (Frailty-Syndrom) vorherrsche, mit der Folge, dass wirksame Gegenmaßnahmen (stationäre und ambulante Rehabilitation) zu selten ergriffen würden (bzw. ein geeignetes Angebot fehlt, vergleiche die Ausführungen zu B.4).

Zuständigkeiten für eine systematischere Suche nach Risiken und Frühstadien wurden vor allem in der hausärztlichen Versorgung – bzw. zur vertieften Abklärung in der spezialisierten Geriatrie – gesehen. Ferner wurde auf eine in der LUCAS-Studie erprobte Vorgehensweise hingewiesen, bei der im Rahmen von Gruppenangeboten eine Ermittlung von individuellen Präventionsbedarfen sowie darauf bezogen eine gezielte Gesundheitsförderung erfolgt („Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, Dapp et al. 2018). In einer allgemeineren Form stellen auch die präventiven Hausbesuche eine Form des Risiko-Screenings dar, je nachdem wie systematisch und standardisiert dabei vorgegangen wird.

Bei Versicherten ab 70 Jahren, die entweder einen Pflegegrad oder eine geriatrytypische Morbidität aufweisen (zum Beispiel Mobilitätseinschränkungen, Sturzgefahr, Hirnleistungsstörungen, Frailty-Syndrom), besteht aktuell bereits die Möglichkeit zur Durchführung eines „hausärztlich-geriatrischen Basisassessments“ (EBM-GOP 03360), das bei Bedarf zweimal im Laufe eines Jahres durchgeführt werden kann. Bei entsprechenden Befunden kann ferner für eine vertiefende Diagnostik in die spezialisierte Geriatrie überwiesen werden.

Eine breitere Perspektive im Sinne eines Screenings (das heißt ohne, dass bereits Krankheits- oder Beeinträchtigungszeichen vorliegen) wird in der Gesundheitsuntersuchung (GU) gemäß § 25 SGB V eingenommen, die von Versicherten ab dem 18. Lebensjahr in Anspruch genommen werden kann. Die Schwerpunkte der GU

²⁶ <https://www.aok.de/gp/ambulante-pflege/rege-pflege>. Zugriff am 15.11.2024.

liegen allerdings eindeutig auf der Früherkennung von chronischen Erkrankungen, wogegen für eine Pflegeprävention wichtige Aspekte (zum Beispiel drohende Funktionseinschränkungen) keine explizite Rolle spielen. In den Fachgesprächen wurde daher auch der Vorschlag einer „altersadaptierten GU“, also einem nach dem Lebensalter der Versicherten differenzierten Untersuchungsprogramm, eingebracht. Bei Integration stärker geriatrisch orientierter Untersuchungselemente könnte die Durchführung einer GU bei älteren Versicherten – bei denen die Zielkrankheiten der jetzigen GU vielfach bereits vorliegen, weshalb ein Screening keinen Sinn mehr macht – einen größeren Nutzen generieren.

In der LUCAS-Studie (Dapp et al. 2018) wurde älteren Patienten von Hausarztpraxen zunächst ein standardisiertes Risiko-Assessment und anschließend entweder eine Teilnahme an einer Gruppenintervention oder ein präventiver Hausbesuch angeboten. Nach den Ergebnissen der LUCAS-Arbeitsgruppe trägt ein solches „Health-Risk-Appraisal“ – also eine Risikoermittlung und anschließende Beratung in Bezug auf die individuellen Handlungsbedarfe – zu der Wirksamkeit von PuG bei älteren Menschen bei (Dapp et al. 2011). Die Risiko-Screenings für den Einschluss in die LUCAS-Studie wurden in Hausarztpraxen durchgeführt. Eine strukturelle Verankerung der in der LUCAS-Studie erprobten Vorgehensweisen in den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens über den Umkreis des Hamburger Studienzentrums hinaus ist bisher nicht erfolgt. Das Konzept wurde in den Fachgesprächen für eine Ausweitung empfohlen.

7.2.4 A.4 Individuelle Maßnahmenberatung und -planung

Im Anschluss an eine allgemeine Information über den Nutzen von PuG und mehr noch nach einem Risiko-Screening sollte eine individuelle Beratung der Zielpersonen in Bezug auf präventive Potenziale erfolgen. Im Ergebnis sollte ein individueller PuG-Maßnahmenplan erstellt werden, der im weiteren Verlauf gegebenenfalls auch nachgehalten werden kann (vergleiche C.2).

Zuständigkeiten für die individualisierte PuG-Maßnahmenberatung und -planung wurden bei öffentlichen Akteuren im Zusammenhang mit den präventiven Hausbesuchen, bei den Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhäusern (Entlassmanagement) sowie bei Pflegeberatung und Pflegebegutachtung gesehen.

Die Empfehlung von Präventionsmaßnahmen ist als Bestandteil der Pflegebegutachtung gesetzlich vorgeschrieben (§ 18b Absatz 1 Nummer 2 SGB XI). Die Wirksamkeit dieser Empfehlungen, zum Beispiel in Bezug auf Art und Häufigkeit der anschließenden tatsächlichen Veranlassung und Inanspruchnahme entsprechender Maßnahmen, wurde in den Fachgesprächen nicht erörtert.

Die Strukturen der Pflegeberatung sollten künftig ebenfalls in Richtung einer individualisierten PuG-Beratung weiterentwickelt werden. Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI arbeitet nach Konzepten des Fall-Managements. Dazu gehört insbesondere auch die Erarbeitung von individuellen Versorgungsplänen für die Ratsuchenden. Dabei gilt bereits jetzt, dass in den individuellen Versorgungsplan erforderliche präventive und gesundheitsfördernde Hilfen aufzunehmen sind (§ 7a

Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB XI). Zu den Aufgaben der Pflegeberaterinnen und -berater gehört es insofern auch, den Hilfe- und Unterstützungsbedarf für die Prävention und Gesundheitsförderung zu ermitteln und Informationen zu geeigneten Angeboten zur Verfügung zu stellen (vergleiche Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, Abschnitt 2.2.4 (GKV-Spitzenverband 2024)). Künftig sollte auf präventive Interventionen und Angebote größeres Gewicht gelegt werden. Das bedeutet, dass gegebenenfalls den Pflegeberaterinnen und -beratern ergänzende Informationen über geeignete und regional vorhandene Angebote zur Verfügung gestellt sowie gegebenenfalls durch fokussierte Schulungen die Beratungskompetenzen mit Blick auf PuG-Themen verbessert werden sollten.

Zum Berufsbild und den spezifischen Qualifikationen von Pflegefachpersonen gehören pflegerische Interventionen, die auf den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten von pflegebedürftigen Menschen zielen. Insofern ist professionelle Pflege grundsätzlich präventiv angelegt. Faktisch sind systematische Vorgehensweisen zur Selbstständigkeitsförderung aber bisher wenig entwickelt (vergleiche die Ausführungen zu B.5). Im Rahmen der Pflege- bzw. Maßnahmenplanung als Bestandteil des Pflegeprozesses sollte auch eine systematische Berücksichtigung von Potenzialen zur Prävention beziehungsweise Selbstständigkeitsförderung erfolgen, um dem Fortschreiten von Selbstständigkeitsverlusten entgegenzuwirken.

Der Kabinettsentwurf zur Stärkung der Pflegekompetenz vom 18.12.2024 sieht vor, dass Pflegefachpersonen im Rahmen einer Pflegeberatung (§§ 7a, 7c SGB XI), der Erbringung von ambulanten pflegerischen Leistungen (§ 36 SGB XI) oder einem Beratungsbesuch (§ 37 Absatz 3 SGB XI) künftig Empfehlungen für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aussprechen können. Ferner sollten mit diesem Gesetz die Pflegekassen beauftragt werden, die Pflegebedürftigen bei der Inanspruchnahme von PuG-Maßnahmen gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zu unterstützen, indem sie – gegebenenfalls im Zusammenwirken mit an der Pflege beteiligten ambulanten Pflegediensten – in Bezug auf PuG eine Bedarfsermittlung sowie die fachliche Beratung etablieren. Diese individuellen PuG-Beratungen sollten frühestmöglich nach erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit und auch wiederholt im weiteren Verlauf durchgeführt werden (Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz, Artikel 1, Nummer 2²⁷). Mit dem in der 20. Legislaturperiode geplanten Pflegekompetenzgesetz sollten somit bereits Rahmenbedingungen im Sinne der Empfehlungen der Fachgespräche geschaffen werden.

Die potenzielle Rolle der hausärztlichen Versorgung im Bereich der Pflegeprävention wurde bereits im Zusammenhang mit den Aufgaben A.1 und A.3 erörtert. Die Beratung und Planung der Versicherten im Sinne der Aufstellung von individuellen

²⁷ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegekompetenzgesetz_Kabinettsentwurf.pdf

PuG-Plänen oder -Pfadern ist die Fortsetzung der vorangehenden Schritte der Aufklärung und Untersuchung auf das Vorliegen von individuellen gesundheitsbezogenen Risiken. Eine solche Vorgehensweise wäre sicher obligatorisch vorzusehen, wenn der Vorschlag einer spezifischen Gesundheits- oder Screeninguntersuchung für ältere und/oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Versicherte umgesetzt würde (vergleiche die Ausführungen zu A.3).

Eine Beratung im Sinne eines individuellen PuG-Plans ist nach stationären Krankenhausbehandlungen besonders wichtig, weil bei älteren Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt oft erhebliche Selbstständigkeitsverluste drohen. Die Aufgabe sollte daher zentraler Bestandteil des Entlassmanagements der Krankenhäuser (§ 39 Absatz 1a SGB V) sein. Gegenwärtig fokussiert das Entlassmanagement vor allem die medizinische, rehabilitative und gegebenenfalls pflegerische Anschlussversorgung. Eine Berücksichtigung von PuG in diesem Zusammenhang wäre eine Entwicklungsaufgabe und würde voraussetzen, dass „Pflegeprävention“ als Leistungs- und Interventionskomplex präziser beschrieben werden würde, um eine entsprechende Beratung und Weiterleitung bei Entlassung aus dem Krankenhaus zu erleichtern. Zudem müsste auch hier Transparenz zu den verfügbaren regionalen Angeboten bestehen (vergleiche die Ausführungen zu A.2).

7.2.5 A.5 Verordnung von Maßnahmen und Leistungen

Die Verordnung von Leistungen mit dem Ziel der Prävention von Selbstständigkeitsverlusten spielt vor allem in Bezug auf rehabilitative Maßnahmen (einschließlich Heilmitteln) eine Rolle.

Die Zuständigkeit für diese Aufgabe liegt aktuell bei den Vertragsärztinnen und -ärzten bzw. im Kontext des Entlassmanagement auch bei Krankenhäusern.

In den Fachgesprächen wurde diesbezüglich vor allem auf eine aus Sicht von Teilnehmenden unzureichende Versorgung im Bereich ambulanter bzw. mobiler Rehabilitation hingewiesen. Neben der Frage, ob entsprechende Leistungen im erforderlichen Umfang verordnet werden, wurde auf die unzureichenden Angebotsstrukturen hingewiesen (vergleiche B.4).

Die „ärztliche Präventionsempfehlung“ gemäß Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses hat für die Versicherten zumindest den Anschein einer Verordnung, da sie auf einem eigenen Formblatt dokumentiert wird. Es wäre zu untersuchen, inwieweit im Rahmen eines umfassenderen Konzepts zur hausärztlichen Rolle in der Pflegeprävention noch expliziter vom Modus der „Empfehlung“ in den verbindlicheren Modus der „Verordnung“ von PuG-Maßnahmen gewechselt werden sollte.

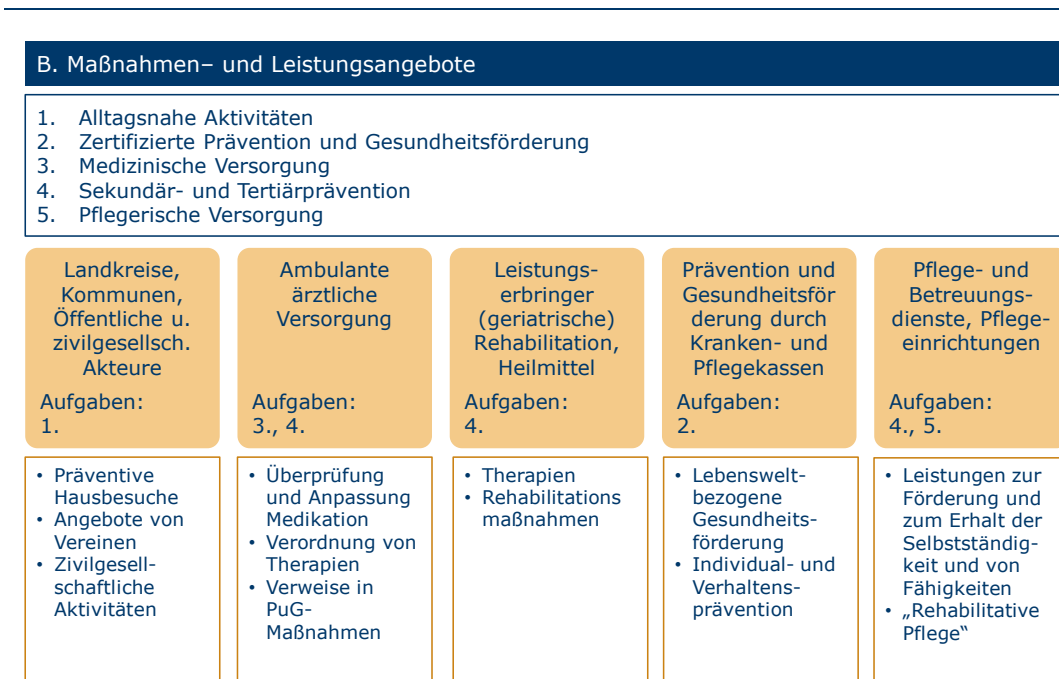
Der Vorschlag, auch Pflegefachpersonen zu autorisieren, formelle „Präventionsempfehlungen“ auszusprechen, wurde in den Fachgesprächen befürwortet. Relevante Wirkungen dürften jedoch nur zu erwarten sein, wenn die Maßnahmenempfehlung den Endpunkt eines umfassenderen Prozesses von PuG-bezogener

Beratung, Assessment und individueller PuG-Planung in Regie von Pflegefachpersonen darstellt. Anderenfalls dürfte sie ebenso wenig wirksam werden wie heute schon die ärztlichen Präventionsempfehlungen bzw. die Präventionsempfehlungen im Kontext der Pflegebegutachtung. Sofern eine verbindlichere Form der Maßnahmenallokation (Verordnung von PuG-Maßnahmen) eingeführt wird, sollte sich das auch auf Pflegefachpersonen erstrecken.

7.3 Aufgabenkomplex B. Maßnahmen und Leistungsangebote

In Aufgabenkomplex B sind die verschiedenen Interventionsansätze zur PuG bei älteren und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen zusammengefasst, die es bereitzustellen, gegebenenfalls auszuweiten oder weiterzuentwickeln gilt. Die Darstellung in Abbildung 6 ist analog aufgebaut wie Abbildung 5, das heißt unter der Aufgabenliste sind die wichtigsten Akteurinnen und Akteure und deren beispielhafte Aktivitäten aufgeführt.

Abbildung 6: Rahmenkonzept Pflegeprävention: Aufgaben, Akteurinnen und Akteure und beispielhafte Maßnahmen im Aufgabenkomplex B



Quelle: IGES

7.3.1 B.1 Alltagsnahe Aktivitäten

In den Fachgesprächen wurde betont, dass zahlreiche alltagsnahe und zivilgesellschaftlich organisierte Aktivitäten im Sinne einer Primärprävention von Bedeutung sind.

Die entsprechenden Aufgaben werden meist in den regionalen Lebenswelten durch Vereine, Kirchengemeinden und bürgerschaftliche Initiativen wahrgenommen, teilweise mit einer Koordination oder Unterstützung durch kommunale Stellen oder in Verbindung mit lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Krankenkassen.

Viele in den Fachgesprächen genannten Aktivitäten zielen auf die Stärkung der sozialen Teilhabe älterer Menschen und die Bekämpfung von Einsamkeit als einem signifikanten Risikofaktor: Organisierte Spaziergänge in kleinen Gruppen, Kaffeerunden etc. Ein weiterer großer Komplex sind Aktivitäten aus dem Bereich Sport und Bewegung, die dem Mobilitätserhalt dienen.

Die Vielfalt und Verbreitung solcher Angebote – speziell mit Ausrichtung auf ältere sowie gegebenenfalls beeinträchtigte Menschen – variieren regional sehr stark. Teilweise wurde in den Fachgesprächen auch eine unzureichende Unterstützung zum Beispiel von Sportvereinen beklagt, die entsprechende Angebote entwickeln wollen.

Gerade die zivilgesellschaftlichen und niedrigschwelligen Angebote können von den Zielgruppen leicht übersehen werden, weil sie nur wenig beworben bzw. bekannt gemacht werden. Die Verbesserung der regionalen Angebotstransparenz (vergleiche A.2) wäre hier besonders wichtig.

Grundsätzlich ist die stärkere Aktivierung der Zivilgesellschaft in Bezug auf den Gesamtkontext der Teilhabe bzw. Unterstützung von älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern – Stichwort „Caring Communities“ – eine zentrale und bisher unzureichend gelöste Herausforderung. Auf die Brisanz der Thematik wurde in den Fachgesprächen vor allem auch mit Blick auf pflegende Angehörige hingewiesen, die infolge ihrer starken Inanspruchnahme durch die Pflegeaufgaben häufig von sozialer Isolation und Überforderung bedroht sind (woran auch die Unterstützung durch einen Pflegedienst oft nicht viel ändern kann).

7.3.2 B.2 Zertifizierte Prävention und Gesundheitsförderung

Als „zertifizierte“ PUG werden alle Maßnahmen bezeichnet, die im Sinne des § 20 Absatz 2 SGB V die Kriterien für eine Zertifizierung erfüllen oder die den Maßgaben der Leitfäden des GKV-Spitzenverbandes zur Prävention und Gesundheitsförderung entsprechen.

Die Zuständigkeit für diese Aufgaben liegt bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und dem GKV-Spitzenverband sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der stimmberechtigtes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz ist.

In den Fachgesprächen wurde von den Teilnehmenden aus Kranken- und Pflegekassen über eine Vielzahl von Angeboten und Modellprojekten berichtet, die in den zurückliegenden Jahren speziell für die Zielgruppe älterer bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen entwickelt und erprobt wurden. Die Maßnahmen und Programme sind teilweise im Kontext der §§ 20 und 20a SGB V, teilweise auf

Grundlage des § 5 SGB XI (Prävention in Pflegeeinrichtungen) entwickelt worden. Adressiert werden die wichtigsten, auch in den Leitfäden des GKV-Spitzenverbands beschriebenen, Handlungsfelder (Mobilität/Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe, kognitive und psychosoziale Gesundheit, Gewaltprävention). Ferner gibt es zahlreiche Programme zur Sturzprävention, die teilweise auch die medizinische Versorgung (Überprüfung von Medikationen) einbeziehen.

Wie groß die regionale Verbreitung bzw. Angebotsdichte in diesem Bereich ist, lässt sich nicht beurteilen. In den Fachgesprächen entstand der Eindruck, dass es sich zumindest teilweise eher um „Leuchtturmprojekte“ bzw. noch laufende Erprobungen in ausgewählten Regionen handelt (vergleiche die Ausführungen zur regionalen Angebotstransparenz unter A.2). Teilweise ist jedoch auch von einer großen regionalen Abdeckung auszugehen.

Als eine besondere Herausforderung wurde vielfach auf die Problematik der Zugangshürden zu solchen Angeboten hingewiesen: Mobilitätseinschränkungen, Rückzugstendenzen, Unsicherheiten und Befürchtungen (zum Beispiel Sturzangst) usw. führen dazu, dass ältere und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen diese Angebote nicht wahrnehmen können bzw. dass zusätzliche Unterstützung (zum Beispiel durch Fahr- und Begleitdienste, vergleiche C.1) erforderlich ist. Ausgeweitet werden müssten Angebote, die die Zielgruppen in der Häuslichkeit aufsuchen bzw. die eine Mobilitätsunterstützung gewährleisten.

PuG unter dem Dach der Pflegeversicherung wurde bisher auf der Rechtsgrundlage des § 5 SGB XI explizit nur für die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt und angeboten. In den Fachgesprächen wurde konstatiert, dass sich viele Ansätze aus diesen Projekten und Maßnahmen auch auf das Setting der ambulanten Pflege bzw. auf Menschen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit übertragen ließen – zumindest, wenn die oben angesprochenen Zugangsprobleme gelöst sind. Gleichwohl wurde auch festgestellt, dass es bisher wenig Erfahrungen mit PuG im Bereich der ambulanten Pflege gibt bzw. für ältere Menschen, die Angebote mit „Komm-Strukturen“ nicht wahrnehmen können. In den Fachgesprächen wurde über Modellprojekte von Kranken- und Pflegekassen berichtet, die sich speziell der Entwicklung von PuG für diese Zielgruppen widmen. Gleichwohl ist festzustellen, dass es hier einen erheblichen Entwicklungs- und Erprobungsbedarf gibt.

7.3.3 B.3 Medizinische Versorgung

Die (kurative) medizinische Versorgung trägt zur Pflegeprävention zum einen durch die leitliniengerechte Behandlung von Erkrankungen bei, so dass Krankheitsfortschritte möglichst verlangsamt sowie Komplikationen und Folgeerkrankungen vermieden werden.

Darüber hinaus kann die medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit anderen PuG-Maßnahmen eine wichtige Rolle spielen: Übergreifende Programme zur Sturzprävention umfassen auch eine Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung von Medikationen. Manche (intensiveren) Programme zur Bewegungsförderung

im höheren Lebensalter empfehlen eine vorangehende ärztliche Untersuchung zur Klärung der Belastbarkeit. Befunde im Rahmen der regulären ärztlichen Versorgung können zu konkreten Empfehlungen und Verweisen in PuG-Maßnahmen führen (zum Beispiel bei Fehl- oder Mangelernährung).

Viele sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen erfordern eine ärztliche Verordnung. Im Rahmen eines Gesamtkonzepts zur Pflegeprävention wäre es daher sinnvoll, auch die eine ärztliche Verordnung erfordernden präventiven und rehabilitativen Maßnahmen (zum Beispiel Physio-/Ergotherapie, Reha-Sport) einzubeziehen und bei Vorliegen entsprechender „pflegepräventiver“ Indikationen konsequent zu nutzen. In den Fachgesprächen wurde in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass hier eine inkonsistente Anreizkonstellation vorliegt: Die stärkere Nutzung solcher Leistungen führt bei den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen zu höheren Ausgaben, wogegen eine mögliche Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit keine oder geringere Auswirkungen auf deren Wettbewerbsposition habe.

7.3.4 B.4 Sekundär- und Tertiärprävention

Bei bereits eingetretenen oder – zum Beispiel wegen bestehender Grunderkrankungen – drohenden Funktionsverlusten können therapeutische und rehabilitative Maßnahmen zu einer Wiederherstellung oder zumindest der Verhütung einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes beitragen.

Die Zuständigkeit für (medizinische) Rehabilitationsbehandlungen liegt bei Erwerbstätigen bei den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und im Rentenalter bei den Krankenkassen. Den Vertragsärzten kommt die zentrale Steuerungsrolle beim Erkennen eines Rehabilitationsbedarfs sowie im Kontext der Antragstellung und -begründung zu. Das gleiche gilt für die Verordnung von anderen rehabilitativen Leistungen (zum Beispiel Physiotherapie, Reha-Sport).

In den Fachgesprächen wurde seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor allem eine unzureichende Angebotssituation im Bereich der ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation hervorgehoben.

Es wurde die Auffassung vertreten, dass durch die rechtzeitige Detektion von Risiken und Präventionspotenzialen (vergleiche die Ausführungen zu A.3) sowie die konsequente Nutzung von (ambulanten) Rehabilitationsmaßnahmen ein erheblicher Effekt im Sinne der Vermeidung und Verzögerung von Selbstständigkeitsverlusten erzielt werden könnte.

7.3.5 B.5 Pflegerische Versorgung

Auf die wichtige Rolle der pflegerischen Versorgung bzw. von Pflegefachpersonen im Hinblick auf PuG für pflegebedürftige und pflegenaher Personen wurde bereits im Aufgabenkomplex A eingegangen (insbesondere A.4). Mit dem 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) wurde das bis dahin für die soziale Pflegeversicherung maßgebliche Paradigma der „verrichtungsbezogenen Pflege“

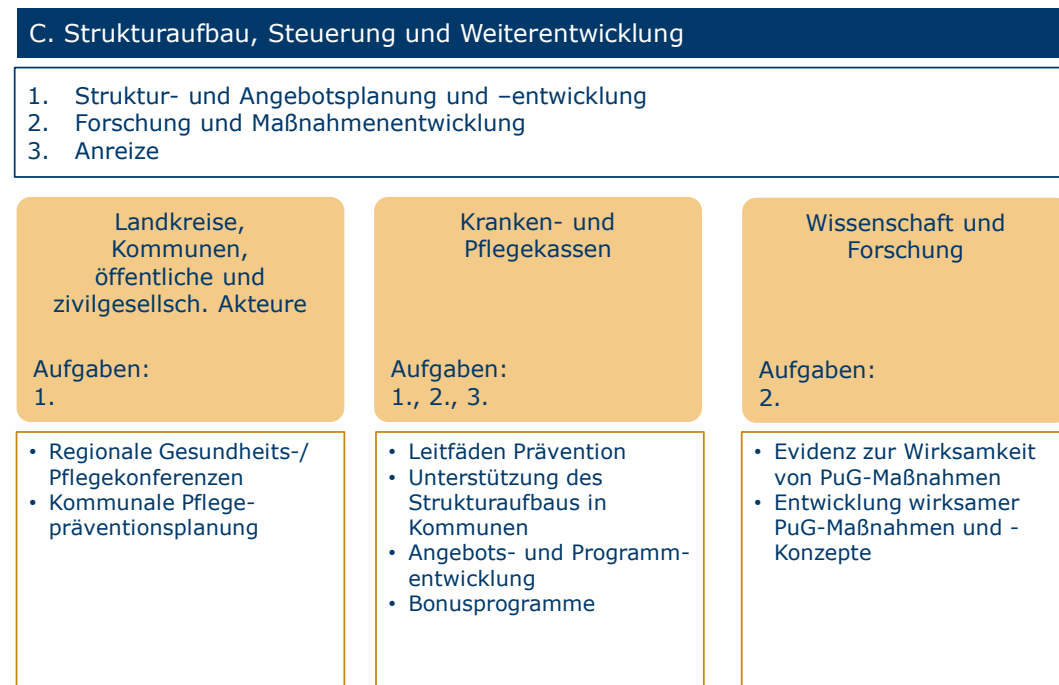
(Pflege als Unterstützung bei Verrichtungen des täglichen Lebens) aufgegeben und durch ein Paradigma ersetzt, das den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit als zentrales Ziel verfolgt (was die Unterstützung bei Verrichtungen des täglichen Lebens mit einschließt).

Zu den dadurch angestoßenen Weiterentwicklungen gehören auch Konzepte einer rehabilitativen Pflege, und hier insbesondere einer rehabilitativen Tages- oder Kurzzeitpflege, auf die in den Fachgesprächen hingewiesen wurde. Ambulant gepflegte Menschen können während eines Aufenthaltes in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder als Gäste von Tagespflegeeinrichtungen spezifische rehabilitative Leistungen erhalten. Eine systematische Förderung und Ausweitung solcher Konzepte wurde von den Teilnehmenden der Fachgespräche befürwortet.

7.4 Aufgabenkomplex C. Steuerung, Unterstützung und Weiterentwicklung

Pflegeprävention ist ein erst im Ansatz entwickeltes Handlungsfeld. Insbesondere die Möglichkeiten, durch PuG den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu verhindern bzw. ein Fortschreiten zu höheren Pflegegraden zu verlangsamen, sind unzureichend erforscht. Bereits erprobte PuG-Ansätze werden der Bevölkerung überwiegend nur im Rahmen von Modellen und Projekten und eher in Ausnahmefällen regional begrenzt angeboten. Vor diesem Hintergrund stellen sich Aufgaben, die in Themenkomplex C unter der Überschrift „Strukturaufbau, Steuerung und Weiterentwicklung“ zusammengefasst werden (Abbildung 7).

Abbildung 7: Rahmenkonzept Pflegeprävention: Aufgaben, Akteure und beispielhafte Maßnahmen im Aufgabenkomplex C



Quelle: IGES

7.4.1 C.1 Struktur- und Angebotsplanung und -entwicklung

Pflegeprävention ist eine sektorenübergreifende Aufgabe, wobei nicht nur an die Sektoren des Gesundheitssystems zu denken ist, sondern auch an den öffentlichen und zivilgesellschaftlichen Bereich. Um die erforderlichen Strukturentwicklungen vorantreiben zu können, sind vor allem auf regionaler Ebene geeignete Steuerungs- und Planungsprozesse zu etablieren.

Als geeignete Anknüpfungspunkte bieten sich vor allem die in den Städten und Landkreisen in vielen Bundesländern bereits etablierten Strukturen an, die im Bereich der gesundheitlichen Versorgung das Ziel einer Koordinierung der verschiedenen Akteure aus der Perspektive der Bevölkerungsgesundheit verfolgen. Beispiele sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen bzw. Pflegekonferenzen, die beispielsweise in Nordrhein-Westfalen oder Baden-Württemberg entsprechende Aufgaben wahrnehmen. In diesen Gremien sind potenziell alle Akteure vertreten, die auch in der Pflegeprävention eine Rolle spielen (sollten).

In dem Modellprojekt „ReGePflege“ der AOK Rheinland/Hamburg wird in drei Landkreisen bzw. Städten der Aufbau einer solchen regionalen Koordinations- und Steuerungsstruktur für PuG für Menschen in häuslicher Pflege erprobt. Ergebnis dieses Projekts wird ein Leitfaden sein, der den Aufbau analoger Strukturen in anderen Regionen unterstützen soll.

Dieses Projekt ist auch ein Beispiel für die mögliche Rolle der Kranken- und Pflegekassen in diesem Prozess. Das erforderliche Know-how – zum Beispiel über geeignete und wirksame PuG-Maßnahmen – muss nicht auf regionaler Ebene jeweils erneut erarbeitet werden, sondern kann durch entsprechende Leitfäden durch die Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.

Projekte zum Strukturaufbau im Bereich PuG in den Städten und Landkreisen werden im Kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit gefördert und können auch das Handlungsfeld der Pflegeprävention einbeziehen²⁸.

Ein wichtiges Steuerungsinstrument für PuG sind die beiden bestehenden Leitfäden des GKV-Spitzenverbands (Leitfaden Prävention und Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, (GKV-Spitzenverband 2023a, 2023b)). Mit Blick auf eine breitere Ausrichtung der Pflegeprävention wäre zu prüfen, ob die Prävention für ältere Menschen und im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit sowie für Menschen in häuslicher oder stationärer Pflege in einem integrativen Leitfaden bzw. Leitfadenskapitel zusammengefasst werden sollte. Zum einen sind aktuell in den Leitfäden thematisierte Handlungsfelder auch bei häuslicher Pflege relevant, zum anderen erfordern Handlungsfelder der allgemeinen PuG vielfach eine Anpassung an die besondere Zielgruppe der älteren und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen.

7.4.2 C.2 Forschung und Maßnahmenentwicklung

In den Fachgesprächen bestand Konsens, dass in Bezug auf PuG-Maßnahmen zur Verzögerung oder Verhinderung von Pflegebedürftigkeit zu wenig belastbare wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Es wurde empfohlen, die Forschung zur Wirksamkeit von Pflegeprävention, aber auch die Entwicklung von neuen Handlungskonzepten deutlich zu intensivieren.

7.4.3 C.3 Anreize

In den Fachgesprächen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass zu wenig Anreize bestehen, in die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu investieren bzw. dass aufgrund der mit zunehmender Pflegebedürftigkeit wachsenden Leistungsbedarfe der Betroffenen bei manchen Akteuren eher gegenläufig wirkende Anreize bestünden.

Aktuell besteht lediglich eine Regelung, die sicherstellen soll, dass Pflegeeinrichtungen nicht aus Furcht vor Erlöseinbußen auf rehabilitative Maßnahmen verzichten: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten von der Pflegekasse eine Prämie (2.952 €), wenn eine pflegebedürftige Person „nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen“ in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wird und mindestens sechs Monate in dem niedrigeren Pflegegrad verbleibt

²⁸ https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/kommune/foerderangebote/foerderangebote_1.html. Zugriff am 20.12.2024

(§ 87a Absatz 4 SGB XI). Eine Untersuchung, inwieweit diese Regelung auch als Anreiz wirkt, durch entsprechende Maßnahmen aktiv auf die Rückgewinnung von Selbstständigkeit und Rückstufungen im Pflegegrad bei möglichst vielen Bewohnerinnen und Bewohnern hinzuarbeiten, liegt nicht vor.

Eine weitere Regelung zur Inanspruchnahme von PuG-Maßnahmen ist § 65a SGB V (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten), die den Krankenkassen die Durchführung von Bonusprogrammen als Satzungsleistung gestattet. Ältere und Menschen mit (drohender) Pflegebedürftigkeit stehen nach unserem Eindruck bisher nicht im Fokus der existierenden Bonusprogramme nach § 65a SGB V und unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erscheint es fraglich, dass Krankenkassen ihre Programme in diese Richtung erweitern.

Im Hinblick auf die Anreize zur Stärkung der Pflegeprävention besteht ein wesentliches Hindernis darin, dass die Kosten vielfach in der wettbewerblich verfassten GKV entstehen, wogegen die Krankenkassen von dem zu erwartenden Nutzen – vermiedenen Ausgaben der Pflegeversicherung – nicht bzw. nur in geringerem (und darüber hinaus unbekanntem) Umfang profitieren.

7.5 Zusammenfassung der Empfehlungen auf Grundlage der Fachgespräche

Im Folgenden werden die wichtigsten in den vorgehenden Abschnitten bereits erwähnten Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Pflegeprävention nochmals überblicksartig zusammengefasst und gegebenenfalls präzisiert.

1. Bestehende Angebote der Krankenkassen für Versicherte über 65 Jahren sollten stärker bekannt gemacht und gegebenenfalls ausgeweitet werden. Die Krankenkassen sollten die Verfügbarkeit solcher Angebote für diese Zielgruppe transparenter machen, diese offensiver bewerben und an regionalen Angebotslisten mitwirken.
 2. Niedrigschwellige Angebote in Kommunen und Quartieren, die einen ersten Zugang in weitere Angebote und Maßnahmen der Prävention von Pflegebedürftigkeit herstellen, sollten ausgebaut werden.
 3. Übersichten über regionale Angebote zur Pflegeprävention sollten verfügbar gemacht werden.
 4. Für die präventiven Hausbesuche sollte ein Verstetigungs- und Finanzierungskonzept entwickelt werden. Im Vorfeld sollten die Wirksamkeit dieses Handlungsansatzes sowie die konkrete Ausgestaltung noch weiter konkretisiert und überprüft werden, so dass eine inhaltlich wohldefinierte und effektive Maßnahme vorliegt.
 5. Pflegeprävention als ein gemeinsames und übergreifend zu bearbeitendes Handlungsfeld von (haus-)ärztlicher, pflegerischer und sozialer Versorgung sollte hinsichtlich der adäquaten Leistungen und Maßnahmen sowie der
-

relevanten Prozesse (Bedarfsermittlung, Beratung, Evaluation usw.) systematisch nach Art einer sektorenübergreifenden Leitlinie beschrieben werden. Dadurch würde eine bessere Grundlage für das Handeln verschiedener Akteure geschaffen.

6. Es sollte geprüft werden, mit welchen Maßnahmen und Leistungen eine stärkere Gewichtung der Pflegeprävention im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zu erreichen ist, ob zum Beispiel eine spezielle Vorsorge-/Gesundheitsuntersuchung einen sinnvollen Beitrag leisten würde. Diese Überprüfung könnte Teil der im vorangehenden Punkt angeregten Leitlinienentwicklung sein.
 7. Die Pflegeberatung (§§ 7a, 7c SGB XI) sollte um das Handlungsfeld Pflegeprävention erweitert bzw. ergänzt werden. Die Präventionsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung sollten durch ein entsprechend erweitertes Fall-Management der Pflegeberatung nachgehalten werden („Versorgungs- und Präventionspläne“).
 8. Die Rolle von Pflegefachpersonen bei der individuellen Beratung und Empfehlung von PuG-Maßnahmen sollte gestärkt werden.
 9. Konzepte der rehabilitativen Kurzzeit- und Tagespflege sollten weiterentwickelt und verbreitet werden.
 10. Die Leitfäden des GKV-Spitzenverbands sollten im Sinne eines integrativen Leitfadens bzw. Leitfadenskapitels zur Pflegeprävention weiterentwickelt werden.
 11. Pflegeprävention sollte als Handlungsfeld von den regional existierenden Strukturen zur Steuerung und systematischen Angebotsentwicklung aufgegriffen werden (zum Beispiel Kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenzen). Die Kranken- und Pflegekassen sollten den Auf- bzw. Ausbau von regionalen Steuerungsstrukturen im Rahmen ihrer kommunalen Förderprogramme unterstützen.
-

8. Literaturverzeichnis

Braeseke, G.; Lingott, N.; Schiffhorst, G. (2020): Prävention in der ambulanten Pflege. Berlin: GKV-Spitzenverband (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.).

Dapp, Ulrike; Anders, Jennifer A. M.; Renteln-Kruse, Wolfgang von; Minder, Christoph E.; Meier-Baumgartner, Hans Peter; Swift, Cameron G. et al. (2011): A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. In: *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 66 (5), S. 591–598. DOI: 10.1093/gerona/qlr021.

Dapp, Ulrike; Minder, Christoph; Neumann, Lilli; Golgert, Stefan; Klugmann, Björn; Renteln-Kruse, Wolfgang von (2018): Wirksamkeit der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“ : Zielgruppenspezifische Ergebnisse bezüglich einer Kompression von Morbidität über 13,8 Jahre LUCAS Verlauf. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51 (4), S. 379–387. DOI: 10.1007/s00391-018-1392-x.

DEGAM (2018): Pflegende Angehörige von Erwachsenen. S3-Leitlinie. Berlin: DEGAM.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2024): Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung des § 71 SGB XII. Berlin.

Die Nationale Präventionskonferenz (Hg.) (2023): Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin.

figus (2024a): Aktueller Forschungsstand: Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich. Unter Mitarbeit von Marie Schluttig, Nora Wisniowski, Lara Lenz, Nadine Sänger. Köln: figus.

figus (2024b): Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion zum Thema „Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich“. Köln: figus.

Forschungsabteilung Albertinen-Haus (Hg.) (2018): LUCAS NAVIGATOR. Wohlbefinden und Funktionale Kompetenz erhalten, Frailty (gefährliche Gebrechlichkeit) und Pflegebedürftigkeit früh erkennen! Hamburg. Online verfügbar unter https://albertinen-zentrum-altersmedizin.de/assets/AH/2_Geriatrie-Klinik/07_forschung_und_lehre/albertinen-haus-forschung-und-lehre-LUCAS-navigator.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2024.

Fried, L. P.; Tangen, C. M.; Walston, J.; Newman, A. B.; Hirsch, C.; Gottdiener, J. et al. (2001): Frailty in older adults: evidence for a phenotype. In: *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 56 (3), M146-56. DOI: 10.1093/gerona/56.3.M146.

GKV-Spitzenverband (2023a): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin: GKV-Spitzenverband.

GKV-Spitzenverband (2023b): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 28.09.2023. Berlin: GKV-Spitzenverband.

GKV-Spitzenverband (2024): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Berlin: GKV-Spitzenverband.

GKV-Spitzenverband; Medizinischer Dienst Bund (2024): Präventionsbericht 2024. Berlin, Essen.

Guirguis-Blake, Janelle M.; Perdue, Leslie A.; Coppola, Erin L.; Bean, Sarah I. (2024): Interventions to Prevent Falls in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. In: *JAMA* 332 (1), S. 58–69. DOI: 10.1001/jama.2024.4166.

Kidd, Tara; Mold, Freda; Jones, Claire; Ream, Emma; Grosvenor, Wendy; Sund-Levander, Märtha et al. (2019): What are the most effective interventions to improve physical performance in pre-frail and frail adults? A systematic review of randomised control trials. In: *BMC geriatrics* 19 (1), S. 184. DOI: 10.1186/s12877-019-1196-x.

Küppers, K.; Urbanski-Rini, D.; Püschner, F. (2023): Evaluation des Projekts „Gemeindeschwesterplus“. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Lisko, I.; Kulmala, J.; Annetorp, M.; Ngandu, T.; Mangialasche, F.; Kivipelto, M. (2021): How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? In: *Journal of internal medicine* 289 (6), S. 807–830. DOI: 10.1111/joim.13227.

Nolting, H.-D.; Deckenbach, B.; Tisch, T. (2017): Versorgungsreport Multimorbidität im Alter. Heidelberg: medhochzwei.

Schwinger, Antje; Jürchott, Kathrin; Tsiasioti, Chrysanthi; Matzk, Sören; Behrendt, Susann (2023): Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (5), S. 479–489. DOI: 10.1007/s00103-023-03693-5.

Sozialbehörde Hamburg (2021): Sicher gehen - weiter sehen. Bausteine für Ihre Mobilität. Selbsttest zur Sturzgefahr im Alter und Bausteine für mehr Gangsicherheit und Mobilität. Hamburg.

Travers, John; Romero-Ortuno, Roman; Bailey, Jade; Cooney, Marie-Therese (2019): Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 69 (678), e61-e69. DOI: 10.3399/bjgp18X700241.

Verband der Ersatzkassen e. V. (Hg.) (2021): Praxisleitfaden. Gesund älter werden im ländlichen Raum. Gesundheitsfördernde Strukturen im Quartier entwickeln. Berlin. Online verfügbar unter <https://awo.org/wp-content/uploads/Projekte->

Programme/Praxisleitfaden_Gesund-aelter-werden-im-laendlichen-Raum.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2024.

Verband der Ersatzkassen e. V. (Hg.) (2024): Ergänzung zum Praxisleitfaden Gesund Altern und Pflegen im ländlichen Raum Fokus pflegende Angehörige: Gesundheitsfördernde Strukturen im Quartier entwickeln. Berlin. Online verfügbar unter https://awo.org/wp-content/uploads/Projekte-Programme/Ergaenzung-zum-Praxisleitfaden_Gesund-Altern-und-Pflegen.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2024.

9. Anhang: Beteiligte

Beteiligt an den Fachgesprächen waren Vertreterinnen und Vertreter der folgenden Institutionen:

Tabelle 2: Beteiligte an den Fachgesprächen

Institution	Name
Albertinen Zentrum für Altersmedizin	Dr. Ulrike Dapp
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse	
AOK-Bundesverband	Anke Tempelmann
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Arbeitsfeld IV Alter, Pflege, Rehabilitation, Sozialplanung	Claudia Sammler
AWO Bundesverband	Andrea Weskamm
AWO Bundesverband	Claus Bölicke
AWO Bundesverband	Claudia Pohl
Barmer	Jochen Binder
Careproof	
Caritasverband Frankfurt	Alexandra Ladach
Compass Private Pflegeberatung	Claudia Calero
Deutscher Landkreistag, Dezernat für Soziales und Arbeit	Irene Vorholz
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge	Nina Schwarz
Forschungsgruppe Geriatrie am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck	Dr. Sonja Krupp
Geschäftsstelle der Landesrahmenvereinbarung Bayern gemäß § 20f SGB V	Alexandra Petzinger
Gesundheitszentrum Mössingen	Sabine Behrmann
GKV-Spitzenverband	Gabriela Seibt-Lucius
Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.	
Hochschule Flensburg, Fachbereich Wirtschaft	Prof. Dr. Britta Blotenberg
Kassenärztliche Bundesvereinigung	
Knappschaft	Andreas Kaiser
Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord	Dr. Norbert Lübke
Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Soziales und Jugend, Konferenz Alter und Pflege	

Institution	Name
Medicproof	Franziska Kuhlmann
Medizinischer Dienst Bund	Dr. Arlett Wenzel
Medizinischer Dienst Bund	Nadine Schempp
Medizinischer Dienst Bund	Jürgen Brüggemann
Ministerium für Arbeit und Soziales Rheinland-Pfalz	Fabia Heischling
Pflegenetzwerk Vogtlandkreis	
Pflegestützpunkt Landkreis Saarlouis	
Uniklinik Köln, Klinische Altersforschung an der Klinik II für Innere Medizin	Prof. Dr. Maria Cristina Polidori
Verband der Ersatzkassen	Sina Matthies
Verband der Ersatzkassen	Stefan Wilderotter
Verband der Ersatzkassen	Ulrike Pernack
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe	Nadine Schlüpen
Wir pflegen	Prof. Dr. Notburga Ott
Zentrum für Qualität in der Pflege	Dr. Ralf Suhr

Namentlich genannt sind alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die dem zugestimmt haben.

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