

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege stärken



Fünf Empfehlungen zur sofortigen Verankerung
in den Leistungen der Pflegeversicherung

- 1. Pflegegrad 1 konsequent auf Gesundheitsförderung und Prävention ausrichten**
Statt weiterhin Leistungen wie Haushaltshilfen über den Entlastungsbetrag zu finanzieren, sollte der Fokus auf Beratung, Pflegekursen, Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds liegen.
- 2. Nahtlosen Übergang von der Pflegebegutachtung zur Pflegeberatung sicherstellen**
Pflegebedürftige müssen nach der Begutachtung so schnell wie möglich in die individuelle Beratung geleitet werden – damit sie direkt die für sie passende Unterstützung im Sinne eines Casemanagements erhalten.
- 3. Pflegebedürftige besser beraten – durch verbindliche Standards**
Die Normen des Casemanagements müssen endlich verbindlich umgesetzt werden. Dazu sollte ein anerkanntes Assessment zur Ermittlung des individuellen Präventionsbedarfs eingesetzt werden und die präventive Pflegeberatung bei Laienpflege verpflichtend sein. Diese ergänzende Leistung lässt sich aus den Einsparungen im Pflegegrad 1 refinanzieren.
- 4. Qualitätsprüfungen als Instrument für Gesundheitsförderung und Prävention etablieren**
Prüfdienste sollten bei der Bewertung von Einrichtungen Prävention und Gesundheitsförderung regelmäßig mitberücksichtigen und dabei auf Defizite hinweisen sowie Handlungsempfehlungen geben.
- 5. Mit digitalen Schulungs- und Beratungsangeboten Prävention in Pflegeeinrichtungen flächendeckend vorantreiben**
Lebensweltenprävention in der stationären und perspektivisch auch in der ambulanten Pflege sollte mit einer digitalen Infrastruktur flankiert werden, um eine schnellere und bundesweite Umsetzung von Standards der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung zu ermöglichen – etwa mit Angeboten zu Beratung, Schulung, Vernetzung und Projektmanagement.



Handlungsdruck: Es ist fünf vor zwölf

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt – viele Menschen leben heute weitgehend gesund und selbstbestimmt bis ins hohe Alter. Gleichzeitig wächst die Zahl derjenigen, die wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen in ihrer Selbstständigkeit oder ihren Fähigkeiten dauerhafter Unterstützung bedürfen. Ein Großteil von ihnen – fast 9 von 10 (86 Prozent) – wird zu Hause versorgt, meist durch An- und Zugehörige, weniger als ein Viertel der ambulant Betreuten erhält Unterstützung durch einen Pflegedienst. Etwa ein Sechstel der pflegebedürftigen Menschen lebt in einer stationären Einrichtung.

Herausforderungen einer alternden Gesellschaft

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einem signifikanten Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen, prognostiziert von heute 5,7 Millionen auf 6,8 Millionen bis zum Jahr 2055. Gleichzeitig sinkt die Zahl der erwerbsfähigen Beitragszahlenden, wodurch die Grundlage der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung zunehmend unter Druck gerät. Verstärkt wird diese Schieflage durch strukturelle und personelle Engpässe in der professionellen pflegerischen Versorgungsinfrastruktur, insbesondere infolge des Fachkräftemangels. Unter immer stärkeren Druck gerät aber auch die Unterstützung der An- und Zugehörigen. Diese müssen jedoch viel eher gestärkt werden, um die Defizite des professionellen Pflegesystems auszugleichen.

Prävention als ein Lösungsansatz

Vor diesem Hintergrund gewinnen präventive Ansätze in der Gesundheits- und Pflegepolitik an strategischer Relevanz, um die demografiebedingt ohnehin steigenden Versorgungslasten zu mildern, im Interesse der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der professionellen Pflege. Primärprävention (die Verhinderung der Entstehung einer Krankheit) und Gesundheitsförderung (die Förderung des selbstbestimmten Handelns für die eigene Gesundheit) zielen darauf ab, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zeitlich hinauszuzögern. Nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit liegt der Fokus darauf, sowohl Selbstbestimmung und Wohlbefinden zu unterstützen als auch Folgeprobleme zu vermeiden. Studien belegen, dass gesundheitsfördernde Lebensweisen, körperliche und geistige Aktivität sowie soziale Teilhabe maßgeblich zur Erhaltung von Selbstständigkeit im Alter beitragen können. Gesundheitsförderung und Prävention muss daher als integraler Bestandteil einer zukunftsfesten Pflegepolitik begriffen und ressortübergreifend gestärkt werden – idealerweise beginnend im Kindes- und Jugendalter und bis ins hohe Alter.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff stärkt Gesundheitsförderung und Prävention

Mit dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde ein grundlegender Paradigmenwechsel in der Pflegepolitik eingeleitet. Anstelle eines rein verrichtungsbezogenen Pflegeverständnisses rückten in den Leistungen der Pflegeversicherung der Erhalt und das Wiedererlangen körperlicher, geistiger und seelischer Ressourcen der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt. Prävention, Gesundheitsförderung sowie die Beratung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen und ihren An- sowie Zugehörigen wurden damit explizit als zentrale Bestandteile pflegerischer Versorgung verankert – ein struktureller Wandel weg von einem defizitorientierten (pathogenetischen) hin zum ressourcenorientierten (salutogenetischen) Ansatz entlang der Frage: Was hält den Menschen gesund?

Was ist der Unterschied von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegebedürftigkeit?

Der Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf Pflegebedürftigkeit liegt vor allem in Zielsetzung, Ansatz und Perspektive. Beide Konzepte ergänzen sich, setzen aber an unterschiedlichen Punkten an: Gesundheitsförderung zielt auf den Erhalt und die Aktivierung vorhandener Fähigkeiten (z. B. Mobilität, kognitive Fähigkeiten, soziale Teilhabe) und damit ganzheitlich auf Partizipation, Selbstbestimmung und Wohlbefinden. Prävention hingegen konzentriert sich auf die Vermeidung weiterer gesundheitlicher Risiken oder Verschlechterungen. Dabei wird unterschieden zwischen Primärprävention (die Verhinderung der Entstehung einer Krankheit), Sekundärprävention (Früherkennung und Vorsorge) und Tertiärprävention (Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen bei bestehenden Erkrankungen).

Die Perspektive der Gesundheitsförderung ist: „Was stärkt diese Person – trotz Pflegebedürftigkeit?“, Prävention hingegen fragt: „Was kann dieser Person zusätzlich schaden – und wie verhindern wir das?“ Beide Blickwinkel sind in der Pflege essenziell. Moderne Pflegekonzepte integrieren daher beide Ansätze gleichzeitig. Trotz vielversprechender erster Erkenntnisse besteht in vielen Bereichen jedoch noch erheblicher Forschungsbedarf, insbesondere in praxisnahen Settings.

In der Praxis kommt zu wenig an

Im Prozess der Pflegebegutachtung (vgl. Kap. 1 & 2), den Strukturen der Pflegeberatung (3), in der beratungsorientierten Qualitätsprüfung (4) sowie der gesundheitsförderlichen und präventiven Lebensweltgestaltung (5) sind Gesundheitsförderung und Prävention wirksam verankert. In der Pflegepraxis ist der gesundheitsförderlich und präventiv ausgerichtete Anspruch jedoch bislang unzureichend umgesetzt. Die Potenziale, die sich aus Begutachtung, Beratung und Qualitätsprüfung ergeben, werden in der Pflegepraxis nicht zielgerichtet ausgeschöpft. Dabei könnten damit Pflegende wirksam entlastet und das Pflegesystem mittelfristig stabilisiert werden.

Praxisorientierte Lösungsansätze

Der PKV-Verband entwickelt und unterstützt im Zusammenspiel mit seinen Tochterunternehmen Medicproof GmbH (der medizinische Dienst der Privaten Krankenversicherung), compass private pflegeberatung GmbH (compass) und Careproof GmbH (Der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung) sowie seiner unabhängigen Stiftung ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) und anderen Kooperationspartnern praxisorientierte Lösungsansätze in der Pflegeprävention. Dieses Positionspapier benennt **fünf konkrete und schnell umsetzbare Empfehlungen zur strukturellen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention** – nach dem Leitprinzip: *Make the preventive choice the easy choice.*

1. Leistungen im Pflegegrad 1 nach § 28a SGB XI

Ziel: Pflegegrad 1 konsequent auf Gesundheitsförderung und Prävention ausrichten

Expertise: Medicproof GmbH – der medizinische Dienst der Privaten Krankenversicherung

Mit Einführung des Pflegegrades 1 zum 1. Januar 2017 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen und durch präventive Maßnahmen wirksam gegenzusteuern. Die Ausgestaltung des Pflegegrades 1 sollte insbesondere eine niedrigschwellige Unterstützung zur Gesundheitsförderung und Stabilisierung der Selbstständigkeit ermöglichen. Laut einer [aktuellen Analyse von Medicproof](#), dem medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung, zuständig für die Pflegebegutachtung, gelingt dies in der Praxis jedoch nur bedingt.

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 ist seit der Reform stark angestiegen – mittlerweile betrifft dies rund ein Viertel aller Erstanträge. Gleichzeitig zeigen Erhebungen zur Begutachtungspraxis, dass ein Großteil dieser Personen trotz vorhandener Einschränkungen noch über ein hohes Maß an Alltagskompetenz verfügt. Die Pflegebedürftigkeit ist in der Regel gering ausgeprägt, professionelle Pflege wird selten nachgefragt. Die Betroffenen leben meist im häuslichen Umfeld und erhalten Unterstützung überwiegend durch An- und Zugehörige. Der Fokus liegt für viele Antragstellende primär auf finanzieller Entlastung und Unterstützung bei hauswirtschaftlicher Tätigkeit – nicht auf gesundheitsförderlichen und präventiven Leistungen.

Der PKV-Verband empfiehlt: Pflegegrad 1 konsequent auf Gesundheitsförderung und Prävention ausrichten

Vor diesem Hintergrund spricht sich der PKV-Verband für eine Neuausrichtung des Pflegegrades 1 entlang seines ursprünglichen Zwecks aus: der Gesundheitsförderung und Prävention. Der Leistungsumfang sollte daher konsequent auf gesundheitsförderliche, präventive, nicht-monetäre Maßnahmen konzentriert werden – wie individuelle Pflegeberatung, Pflegetrainings (Pflegekurse), Hilfsmittelversorgung und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Diese Maßnahmen erleichtern nicht nur den Pflegealltag, sondern beugen sowohl für die pflegebedürftigen als auch pflegenden Personen zusätzlichen gesundheitlichen Einschränkungen vor. In diesem Bereich gibt es bei Versicherten eine hohe Akzeptanz der Maßnahmen. Pflege-/Hilfsmittel (u. a. Rollatoren) sind auch bei Versicherten mit Pflegegrad 1 stark verbreitet. Monetäre Leistungen wie der Entlastungsbetrag sollten entfallen. Dies würde dem präventiven Charakter des Pflegegrades 1 gerechter werden und zugleich finanzielle Mittel einsparen, die an anderer Stelle gezielt in wirksame Gesundheitsförderung und präventive Versorgung investiert werden könnten.

Politisch-strukturell stellt sich damit die Aufgabe, den Pflegegrad 1 stärker als präventives Steuerungsinstrument im Rahmen einer zukunftsfähigen Pflegepolitik zu etablieren – mit einem klaren Fokus auf Ressourcenerhalt, Selbstständigkeit und Versorgungssteuerung im Vorfeld höherer Pflegegrade.



2. Pflegebegutachtung nach § 18a SGB XI

Ziel: Nahtlosen Übergang von der Pflegebegutachtung zur Pflegeberatung sicherstellen

Expertise: Medicproof GmbH – der medizinische Dienst der Privaten Krankenversicherung, compass private pflegeberatung GmbH

Im Rahmen der Pflegebegutachtung werden viele Informationen zu Einschränkungen der Versicherten gesammelt. Bestandteil der Pflegebegutachtung sind auch Empfehlungen zur Pflegeberatung, Pflegetraining („Pflegekurs“), zu Heilmitteln, Rehabilitation und Prävention sowie die Feststellung zur Notwendigkeit von Pflege-/ Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Hierdurch ergibt sich eine gute Datenbasis für mögliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze. Zudem trägt die Entscheidung über die Notwendigkeit von Pflege-/ Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zum Erhalt der Selbständigkeit bei. Die Feststellung der Gutachterinnen und Gutachter ist dabei bindend für die Versicherungen, sodass die Versicherten ohne erneuten Antrag direkt ihre Leistungen bekommen.

Medicproof bietet zudem für pflegende An- und Zugehörige das Pflegetraining an, um ihre Kompetenzen und Ressourcen zu stärken. Das Pflegetraining wird im Rahmen der Begutachtung empfohlen und aus jeder Empfehlung resultiert bei Interesse direkt ein Auftrag. Durch diesen Prozess konnte ein unbürokratischer Zugang für die Versicherten – ohne erneute Antragstellung – implementiert werden.

Der PKV-Verband empfiehlt: Nahtlosen Übergang von der Pflegebegutachtung zur Pflegeberatung sicherstellen

Das Zusammenspiel zwischen Begutachtung und anschließenden Angeboten sollte zugunsten der Versicherten gestärkt werden – und dazu ist innerhalb der bestehenden Strukturen Potenzial, das gehoben werden muss. In der Pflegebegutachtung werden viele Daten über die Versicherten erhoben, die für Präventionsmaßnahmen relevant sind und nutzbar gemacht werden können. Zwar ist die Begutachtung selbst nicht das richtige Setting, um Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zu besprechen, da die Versicherten in der Begutachtung auf die Anerkennung eines Pflegegrades fixiert sind. Allerdings können die Erkenntnisse aus der Pflegebegutachtung anderen Akteuren wie der Pflegeberatung wichtige Informationen für Gesundheitsförderung und Prävention liefern.

Der PKV-Verband regt allgemein eine noch engere Verzahnung der Akteure innerhalb bestehender Strukturen an, ohne zusätzliche Strukturen aufzubauen: Wird zum Beispiel in der Begutachtung eine Pflegeberatung empfohlen, könnte dies direkt an die Pflegeberatung weitergeleitet werden. So würden Versicherte niedrigschwelliger mit Fachkräften in Kontakt kommen, die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Blick haben.

3. Pflegeberatung nach § 7a & Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Ziel: Pflegebedürftige besser beraten – durch verbindliche Standards

Expertise: compass private pflegeberatung GmbH & Stiftung ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege

Pflegeberatung ist ein zentrales Instrument zur Förderung von Prävention, Gesundheitskompetenz und Versorgungssicherheit im häuslichen Umfeld. Dennoch bleibt ihr präventives Potenzial bislang weitgehend unbekannt. Eine bundesweite Evaluation der Pflegeberatung 2022/2023 durch das IGES Institut zeigt auf, dass Gesundheitsförderung und Prävention im Beratungsprozess im Vergleich zu leistungsrechtlichen Themen eine nachrangige Rolle spielen. In der Gesetzgebung ist die Nutzung des Fallmanagements (= Casemanagement) vorgesehen und für komplexere Situationen auch verbindlich, es ist jedoch nicht eindeutig definiert, was als komplexe Situation gilt, noch wird das Fallmanagement überall angeboten. Unverändert bei 25 bis 30 Prozent ist der Anteil der Antragsteller auf Pflegeleistungen, die bisher noch keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhalten haben und denen dieses Angebot unbekannt ist. Auch ein Drittel der Beratungsstellen und der Pflegeberaterinnen und -berater empfinden die Sichtbarkeit der Pflegeberatung noch als unzureichend.

Defizite in der aktuellen Beratungspraxis

Die Regelungen zu den Beratungsformaten in der eigenen Häuslichkeit nach § 7a SGB XI (Pflegeberatung) und § 37 Abs. 3 SGB XI (Beratungsbesuche) sind aktuell zwar aufeinander abgestimmt, werden in der Fläche jedoch kaum in ihrem gemeinsamen Potenzial genutzt. Die Beratungen sind noch nicht eindeutig und zielgerichtet auf Gesundheitsförderung, Prävention und Casemanagement ausgerichtet, auch wenn man davon ausgehen kann, dass Beratung selbst schon präventiv wirkt. Denn Betroffene können sich im Gespräch entlasten, fühlen sich ernst genommen und wertgeschätzt, das stärkt sie in ihrer Rolle und gibt ihnen ggf. auch Anstöße zu weiteren gesundheitsförderlichen- und präventiven Maßnahmen. Eine grundlegende Neuordnung ist erforderlich, um eine effektive, niedrigschwellige und vernetzte Beratung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu ermöglichen.

Compass und Stiftung ZQP verfügen über herausragende Expertise in der Entwicklung und Umsetzung qualitätsgesicherter, präventiv-ausgerichteter Beratungskonzepte und setzen diese seit vielen Jahren im System der Privaten Pflegeversicherung um. Beide Institutionen sprechen sich für eine konzeptionelle Verzahnung der bestehenden Beratungsformate aus.

Der PKV-Verband empfiehlt: Pflegebedürftige besser beraten – durch verbindliche Standards

Insgesamt braucht es eine normativ gestärkte Pflegeberatung, in der die gesetzlichen Rahmenbedingungen konsequent umgesetzt werden und sie somit präventiv, vernetzt und casemanagementorientiert ausgestaltet ist. Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurde ein weiterer Schritt dahin getätig. Die konsequente Umsetzung des umfassenden Beratungsprozesses bei allen Ratsuchenden der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stellt sicher, dass pflegebedürftige Menschen, aber auch An- und Zugehörige in ihrer Situation wahrgenommen und individuell unterstützt werden. Hierzu gehört als verbindlicher Qualitätsrahmen die Nutzung eines passenden Assessments, um Bedarfe und Bedürfnisse zu identifizieren, darauf aufbauend mit den Ratsuchenden gemeinsam einen Versorgungsplan zu erarbeiten, der Ziele, Ressourcen, und

Maßnahmen individuell beschreibt und im weiteren Beratungsprozess in der Umsetzung begleitet und nach einer längeren Zeit im Rahmen einer umfassenden Evaluation auf seine Wirksamkeit hin überprüft und bei Bedarf angepasst wird.

An- und Zugehörige gezielt einbeziehen

Pflegende An- und Zugehörige sollten in Beratungsprozessen zu ihren eigenen Anliegen befragt werden, um sie in ihren Belangen zu stärken und zu motivieren, aber auch ihre Grenzen zu identifizieren und hier gezielt zu unterstützen. Nur so kann die Pflegeberatung ihre Wirkung für alle Präventionsdimensionen entfalten, zur Stabilisierung der häuslichen Pflegearrangements und zur Entlastung informell Pflegender beitragen – und somit einen zentralen Beitrag zu einer zukunftsfesten, ressourcenorientierten Pflegepolitik leisten.

Konkret sollte die freiwillige, präventiv ausgerichtete Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu einem verpflichtenden Erstgespräch in der Häuslichkeit für reine pflegegeldbeziehenden Menschen auch im Zusammenspiel mit ihren pflegenden An- und Zugehörigen weiterentwickelt werden. Sie bildet die Basis für eine individuelle Versorgungsplanung und Casemanagement. Darauf aufbauend sollte die bislang stark formalisierte Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI als kontinuierliches Monitoring im halbjährlichen Rhythmus fortgeführt werden. Wird dabei ein Versorgungsdefizit festgestellt, ist eine erneute vertiefte Beratung nach § 7a verpflichtend.

Wissenschaftliche Instrumente und Qualifizierung als Erfolgsfaktoren

Dafür braucht es nicht nur die gezielte Qualifizierung der Berater*innen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Für eine wirksame Umsetzung präventiver Strategien in der Beratung müssen wissenschaftlich entwickelte Instrumente genutzt werden. Zum Beispiel wurde von der Stiftung ZQP, compass und der Hochschule Osnabrück das [PIP-Assessment](#) (Assessment zur Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege) entwickelt – ein evidenzbasiertes, softwaregestütztes Instrument zur systematischen Erfassung von Risiken, Ressourcen und Präventionsbedarfen. Es befähigt Beratende, präventive Maßnahmen – z. B. zur Bewegungsförderung, Ernährungsbildung und Einsamkeitsprävention – gezielt einzuleiten und die Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Darüber hinaus sollte Pflegeberatung durch Netzwerkarbeit stärker in kommunale Versorgungsstrukturen integriert werden, um Synergieeffekte zu erzielen (z. B. Brückenfunktion hin zu Angeboten im Sozialraum) und die Reichweite sowie Wirksamkeit deutlich zu erhöhen. Das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege schafft hierfür passende Rahmenbedingungen.

Im Fokus: Die Gesundheit von An- und Zugehörigen

Es gilt, pflegende An- und Zugehörige stärker in den Blick zu nehmen, um ihre Situation als Pflegende zu stabilisieren, aber auch um das präventive Potenzial zu nutzen und einer späteren eigenen Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Umfassendes Wissen zu Pflegebedürftigkeit, Pflege, aber vor allem auch fördernden Maßnahmen zur eigenen Gesunderhaltung wirken hier auf Dauer und können positive Auswirkungen darauf haben zu verstehen, welche Faktoren Pflegebedürftigkeit hervorrufen oder verstärken und diesen bewusst entgegenzuwirken. Ein niedrigschwelliges Werkzeug zur Anamnese der Belastungssituation pflegender An- und Zugehöriger ist z. B. die [Häusliche Pflege-Skala](#).

Der Zugang zur Pflegeberatung könnte bereits im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit hergestellt werden [s. Kapitel 2]. Die Finanzierung der ergänzenden Leistung könnte aus den Einsparungen im Pflegegrad 1 erfolgen.

4. Qualitätsprüfungen in der ambulanten und stationären Pflege nach § 114 SGB XI

Ziel: Qualitätsprüfungen als Instrument für Gesundheitsförderung und Prävention etablieren

Expertise: Careproof – Der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung

Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 114 SGB XI leisten einen essenziellen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.

Die Qualitätsprüfungen sind auf die Qualität der pflegerischen Versorgung bei den und von den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen versorgten pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet. Bei einer zufälligen Auswahl (Stichprobe) von versorgten Personen wird die Qualität anhand von Inaugenscheinnahmen, Gesprächen mit den Pflegebedürftigen sowie den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen, der Pflegedokumentation und weiterer Informationsquellen beurteilt. Durch den beratungsorientierten Prüfansatz können bereits im Laufe der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsproblemen Möglichkeiten für deren Lösung aufgezeigt werden.

Reform der Qualitätsprüfungen seit 2019

Bereits zum 1. November 2019 wurde ein neues System der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege eingeführt. Dieses beinhaltet eine Erhebung von Indikatorendaten durch die Pflegeeinrichtungen, die Durchführung einer Qualitätsprüfung durch die Prüfdienste (Medizinischer Dienst oder Careproof) sowie eine Veröffentlichung der Indikatoren, der Prüfergebnisse aus der Qualitätsprüfung und Einrichtungsangaben zur Struktur der Pflegeeinrichtung. Die von den Pflegeeinrichtungen erhobenen Daten zu Indikatoren werden in die Prüfungen einbezogen. Darüber hinaus wird ein breites Spektrum der Qualität der Pflege und Betreuung abgebildet. Mobilität und Selbstversorgung, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen, aber auch die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte fließen in die Qualitätsprüfung mit ein. Weitere Bereiche sind besondere Bedarfs- und Versorgungssituationen sowie bedarfsübergreifende Anforderungen.

Ab dem 1. Juli 2026 werden auch die Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegeeinrichtungen in ein neues System überführt. Dadurch wird die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person und der personenzentrierte Ansatz pflegerischen Handelns deutlich mehr als bisher in den Fokus der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten gerückt. Das Fachgespräch mit den Mitarbeitenden wird als Informationsquelle gestärkt und gewinnt an Bedeutung für die Beurteilung der individuell erbrachten Versorgungsqualität. Dieses neue System greift die Systematik der bereits implementierten Systeme für die Qualitätsprüfung in der stationären Pflege und Tagespflege auf.

Qualitätsprüfung in der Praxis

Der Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung – Careproof – sowie die Medizinischen Dienste stellen den beratungsorientierten Prüfansatz – der gute Praxis würdigt – in den Fokus der Prüfung. Auf Grundlage der verbindlichen Qualitätsprüfungs-Richtlinien geht Careproof in den pflegefachlichen Dialog mit Einrichtungen und Trägern, um konkrete präventive und gesundheitsfördernde Ansätze zu identifizieren und zu diskutieren. Dieser Dialog orientiert sich am Pflegebedürftigkeitsbegriff und zielt darauf, Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit systematisch in die Pflegepraxis zu integrieren.

Careproof beobachtet, dass viele stationäre Pflegeeinrichtungen bereits gute Ansätze für *prophylaktisches Handeln* (hier analog zu präventivem Handeln) im individuellen Pflegealltag entwickelt haben (u. a. in den Bereichen Mobilität, Kognition, Ernährung). Eine strukturelle Herausforderung besteht jedoch darin, diese Einzelfalllösungen strategisch-organisational weiterzuentwickeln. Der zentrale Hinderungsgrund liegt nicht im fehlenden Willen der Einrichtungen, sondern im Mangel an systemischen Anreizen, insbesondere den Vergütungsstrukturen, und klar definierten Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention auf Ebene der Leistungserbringer.

Schwerpunkt: die ambulante Pflege

Handlungsbedarf besteht prioritätär im ambulanten Setting: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Menschen in der stationären Pflege ist laut einer Caritas-Erhebung aus dem Januar 2024 kürzer geworden und beträgt derzeit etwa 25 Monate. Die Verweildauer hat sich verkürzt, da pflegebedürftige Menschen länger zu Hause verbleiben, bevor sie in eine Pflegeeinrichtung wechseln. Die große Mehrheit pflegebedürftiger Menschen wird ambulant versorgt. Hier sollte noch systematischer darauf gezielt werden, eine Pflegeverschlechterung zu vermeiden.

Der PKV-Verband empfiehlt: Qualitätsprüfungen als Instrument für Gesundheitsförderung und Prävention etablieren

Qualitätsprüfungen sollten nicht als eindimensionale Kontrollwerkzeuge, sondern als Treiber für Qualität verstanden werden: Qualitätsprüfungen müssen als Lern- und Entwicklungsinstrumente verstanden und gestärkt werden. In der Verknüpfung von Qualitätsindikatoren, Qualitätsprüfung und Qualitätsentwicklung können nachhaltige Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der ambulanten und stationären Pflege systematisch entwickelt, anerkannt und weiterverbreitet werden.

Dazu gehört die institutionelle Förderung pflegefachlicher Dialoge mit gesundheitsförderlichem und präventivem Fokus – entlang definierter Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung und Prävention. Die Qualitätsprüfung endet mit einem Abschlussgespräch. Im Abschlussgespräch werden durch das Prüfteam gemeinsam die Ergebnisse aus der Prüfung vor Ort kommuniziert. Dabei werden auch die festgestellten Stärken und Schwächen benannt sowie mögliche Ansätze für Verbesserungen aufgezeigt.

Prüfdienste als Berater für Qualifizierungsmaßnahmen

Der PKV-Verband regt an, dass Prüfdienste auch den Bedarf an Qualifizierungsmaßnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention feststellen und dazu beraten.

Damit die Beratung zu geeigneten Qualifizierungsangeboten gelingt, braucht es bedarfsgerechte Weiterbildungsmöglichkeiten, die die Belastungssituationen im System Pflege berücksichtigen. Es braucht vor dem Hintergrund knapper Ressourcen eine vernünftige Abstimmung von Bedarf und der Entwicklung von Angeboten sowie Transparenz über bestehende Weiterbildungsmöglichkeiten für Träger und Einrichtungen [nächstes Kapitel].

5. Verhältnisprävention durch gesundheitsfördernde Lebenswelten

Ziel: Mit digitalen Schulungs- und Beratungsangeboten Prävention in Pflegeeinrichtungen flächendeckend vorantreiben

Expertise: Referat Prävention

Mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes hat der Gesetzgeber einen bedeutenden Schritt zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland vollzogen. Zentraler Bestandteil dieses Gesetzes ist die Einrichtung der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie, die bundesweit gesetzlich verankert ist. Diese Struktur dient der systematischen Weiterentwicklung, Koordination und Gestaltung präventiver Maßnahmen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems. Das Präventionsgesetz verfolgt zudem das Ziel, die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger zu verbessern, Doppelstrukturen zu vermeiden und insbesondere vulnerable Gruppen (z. B. ältere Menschen, Menschen mit Behinderung oder sozial benachteiligte Gruppen) gezielt zu erreichen.

Schwerpunkt Lebensweltprävention

Der PKV-Verband beteiligt sich als freiwilliges Mitglied an der NPK und legt seinen Fokus insbesondere auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Diese Ausrichtung ist gesetzlich verankert:

- › § 20a SGB V verpflichtet die Krankenversicherungen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in den Lebenswelten der Versicherten (z. B. Kitas, Schulen, Kommunen als Dachsetting),
- › § 5 SGB XI verpflichtet die Pflegeversicherung zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der (teil-)stationären Pflege.

Projektförderungen dienen dabei als zentrales Instrument, um Leistungserbringer bei der strukturellen Transformation hin zu einer präventionsorientierten Praxis zu unterstützen.

Aus den evaluierten Projekten lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, die eine an Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtete Pflegepraxis langfristig und strukturell verankern soll – im Einklang mit dem Pflegeverständnis, das die Selbstwirksamkeit, Teilhabe und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in den Mittelpunkt rückt.

Lebenswelten systematisch zu gesundheitsfördernden und hybriden Organisationen entwickeln

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI ist ein gesetzlich geregelter Bestandteil der Pflegeversicherung, mit dem gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen im (teil-)stationären Setting gefördert werden – im Sinne eines Pflegeverständnisses entlang des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Qualitätsrahmen für die lebensweltlichen Interventionen ist durch die Bundesrahmenempfehlungen der NPK (strategischer Orientierungsrahmen) und durch den Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (operative Umsetzungshilfe) definiert.

Was bedeutet Lebensweltenprävention?

Die alltäglichen Lebensbereiche (Lebenswelten) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aller Menschen. Lebensweltprävention setzt da an, wo Menschen wohnen, leben und arbeiten: zum Beispiel in Kitas und Schulen, in Kommunen und in Pflegeeinrichtungen. Lebensweltprävention kann folglich unterschiedliche Nutzer*innengruppen in Lebenswelten adressieren – z. B. im Bereich der (teil-)stationären Pflege sowohl pflegebedürftiger Menschen als auch Beschäftigte und Angehörige.

Hierbei ist ein zentrales Ziel des PKV-Verbandes, insbesondere Menschen zu erreichen, die etwa aufgrund ihrer Lebenssituation, Herkunft oder sexuellen Orientierung geringere Chancen für eine gute Gesundheit haben. Wenn Präventionsaktivitäten aber die gesamte Lebenswelt ansprechen, profitieren alle Gesellschaftsgruppen.

Nachhaltige Strukturen statt zeitlich begrenzter Projekte

Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen ist, dass die Arbeits- und Lebensbedingungen für Pflegende und pflegebedürftige Menschen nachhaltig gestaltet werden. Damit ist gemeint, dass implementierte Angebote auch über die zeitlich begrenzte Unterstützung durch Pflegekassen hinaus dazu beitragen können, die Pflegeeinrichtung auf ihrem Weg zu einer gesundheitsfördernden Einrichtung zu stärken. Prävention in der stationären Pflege muss deshalb konsequent dem Ansatz der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Lebensweltprävention) folgen. Nur wenn sich Pflegeeinrichtungen als gesundheitsfördernde Institutionen verstehen und sich in die Weiterentwicklung entsprechender Organisationsstrukturen einbringen, können nachhaltige Angebote für pflegebedürftige Menschen und Pflegepersonal entstehen und beibehalten werden.

Damit den Bedarfen der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen entsprochen werden kann, ist es zielführend, diese an der Ermittlung von Gesundheitsrisiken und -potenzialen, an der Entwicklung von Lösungsstrategien und der Evaluation der geplanten organisatorischen Veränderungen zu beteiligen. Das entspricht dem Leitmotiv der Partizipation in der Lebensweltprävention.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V – Kommune oder Quartier und Pflege öffnen sich zueinander

Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen erbringen Leistungen zur Prävention in Lebenswelten. Hierüber werden gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen insbesondere für vulnerable Zielgruppen in Räumen des alltäglichen Lebens gefördert. Auch hier ist der Qualitätsrahmen für die lebensweltlichen Institutionen – in den Grundsätzen analog zu § 5 SGB XI – durch die Bundesrahmenempfehlungen der NPK und den Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes definiert. Der Handlungsspielraum – Lebenswelten u. a. Kita, Schule, Quartier, Kommune als Dachsetting etc. – für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen ist hier breiter gefasst. Hieraus können sich Kooperationsmöglichkeiten und innovative Ansätze für eine Verschränkung der Pflege mit der Infrastruktur im Sozialraum ergeben.

Projektbeispiel „PfleBeO – Pflegeeinrichtungen als bewegungsfreundliche Organisationen“

Einen Ansatz, wie Bewegungsförderung als ein Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Nutzenden der Lebenswelt nachhaltig in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen implementiert werden kann, zeigt das Projekt „[PfleBeO – Pflegeeinrichtungen als bewegungsfreundliche Organisationen](#)“ auf.

Im Sinne einer Person-Zentrierung in der Pflege greift PfleBeO die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen als übergeordnetes Ziel auf. Es zielt darauf ab, stationäre Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, bewegungsfördernde Strukturen und Prozesse zu etablieren und zu stärken. Um der zunehmenden Immobilität und Bettlägerigkeit entgegenzuwirken, wird die körperliche Aktivität durch Selbstbestimmung und sinnstiftende Aktivitäten, soziale Eingebundenheit und individuelle Unterstützung gefördert. Die Pflegeeinrichtungen werden dabei durch spezifisch geschulte Berater*innen unterstützt, organisatorische Abläufe, Routinen und räumliche Rahmenbedingungen bewegungsfreundlich zu gestalten.

PfleBeO versteht sich als umfassender Organisationsentwicklungsprozess, der drei Ebenen adressiert: Prozessentwicklung (Integration bewegungsfördernder Abläufe in den Pflegealltag), Qualitätsentwicklung (durch Schulung, Beratung und fachliche Vernetzung) und Qualitätsmanagement (durch Risikomanagement und begleitende Evaluation).

Projektbeispiel „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® – Vielfalt Pflegen“

Einen Ansatz, wie stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, Tagespflegestätten, Hospize und Krankenhäuser in struktureller, organisationspolitischer und personeller Hinsicht zu LSBTI*-sensiblen und (post-)migrationssensible Settings entwickelt werden können, zeigt das Kooperationsprojekt „[Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® – Vielfalt Pflegen](#)“ auf – ein bundesweites, kostenfreies Qualifizierungsprogramm, das mit einer Zertifizierung abgeschlossen wird. Co-Benefits der Zertifizierung: Von einer diversitätssensiblen Organisationsentwicklung profitieren alle Menschen in einer Einrichtung: Mitarbeiter*innen, Pflegeempfänger*innen und ihre An- & Zugehörigen.

Projektbeispiel „Mit.Menschen – gemeinsam gesund“

Das Projekt „[Mit.Menschen – gemeinsam gesund](#)“ des PKV-Verbandes greift den Ansatz einer „Caring Community“ auf: einer Gemeinschaft, in der Menschen im Quartier füreinander sorgen und sich gegenseitig unterstützen, hauptamtlich koordiniert bspw. durch Quartiersverantwortliche oder den Sozialen Dienst der Pflegeeinrichtung. Dazu werden Freiwillige mithilfe digitaler Technologien zu „Mit.Menschen“ qualifiziert, so dass sie – entsprechend ihren Kompetenzen und Fähigkeiten – die Gesundheit, Teilhabe und Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen fördern können. Sie verbinden die Lebenswelten Pflegeeinrichtung und Quartier zu einer Gemeinschaft: zum Beispiel, indem sie pflegebedürftige Menschen in den Supermarkt begleiten oder mit Kindern ein Pflegeheim besuchen, um vor Ort zu spielen. Die „Mit.Menschen“ eröffnen Pflegeeinrichtungen zusätzliche Potenziale für die Gesundheits- und Teilhabeförderung ihrer Bewohnenden – und können das Pflegepersonal entlasten. Gleichzeitig werden zivilgesellschaftliche Strukturen wie das Ehrenamt gestärkt bzw. das Potenzial der Babyboomer als zivilgesellschaftlich Engagierte gehoben.

Der PKV-Verband empfiehlt: Mit digitalen Schulungs- und Beratungsangeboten Prävention in Pflegeeinrichtungen flächendeckend vorantreiben

Lebensweltprävention findet getragen durch die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) statt, allerdings nicht im Sinne einer echten Nationalen Präventionsstrategie, sondern unkoordiniert und wenig transparent. Es braucht eine Präventionsstrategie, die ihren Namen verdient: Ausgehend von einer Bilanzierung der bisherigen Erfahrungen mit dem Präventionsgesetz: was hat sich bewährt, was nicht? Hin zu einer ganzheitlichen Strategie, die zielführende Ansätze von der Verhältnis- und Verhaltensprävention bis zur präventiven Ausrichtung des Versorgungssystems funktional integriert. Dafür ist allerdings ein verbindlicher Rahmen für Transparenz, Kooperation und Qualität sowie flächendeckende Verbreitung lebensweltlicher Interventionen wie *PfleBeO*, *Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®* oder *Mit.Menschen* nötig. Die entwickelten Maßnahmen des PKV-Verbandes sind qualitätsgesichert, werden durch externe Evaluationsinstitute begleitet und bieten das Potenzial zum Roll-out.

Eine digitale Infrastruktur für flächendeckende Gesundheitsförderung und Prävention

Ein notwendiger Baustein für den Roll-out lebensweltlicher Gesundheitsförderung und Prävention, mit flächendeckenden Schulungs- und Beratungsmethoden, ist eine digitale Infrastruktur. Die Digitalisierung der Gesundheitsförderung und Prävention sollte politisch, finanziell und strukturell als Grundpfeiler der Präventions- und Pflegepolitik anerkannt werden.

Mit der digitalen Infrastruktur „[gesundheit-gestalten](#)“ hat der PKV-Verband bereits gute Erfahrungen gesammelt, wie sich Qualifizierung und Beratung digital wirksam umsetzen lässt. „[gesundheit-gestalten](#)“ ist eine digitale Infrastruktur, auf der sich Menschen als Akteure in den Lebenswelten niedrigschwellig beraten, schulen und vernetzen können. Sie bildet die oben beschriebenen Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten transparent ab und bündelt sie an einem zentralen Ort.

Diese Infrastruktur ist auch ein Impuls, die Präventionslandschaft in Deutschland weiterzuentwickeln. Eine digitale Infrastruktur für alle lebensweltlichen Präventionsangebote, die diesen eine schnell, bundeweite und nachhaltige Implementierung ermöglicht. Dazu sollte die Digitalisierung von Schulung und Beratung im Präventionsgesetz verankert werden. Das Gesetz könnte festlegen, dass alle in der Infrastruktur dargestellten Angebote kooperativ ausgerichtet sind, um Vernetzung zu fördern und Doppelstrukturen zu vermeiden. Die Zugangsvoraussetzungen zur Infrastruktur können durch die NPK definiert werden, vergleichbar mit dem GKV-Leitfaden Prävention.

Eine etablierte digitale Präventionsinfrastruktur ermöglicht es, die begrenzten vorhandenen Ressourcen effizient zu nutzen: Weniger Parallelentwicklungen bedeuten mehr Mittel für wirksame Maßnahmen. Zudem würden mehr Präventionsangebote in der Fläche verfügbar sein – auch ländliche Regionen oder kleinere Einrichtungen können von bewährten Programmen profitieren.

Im Setting Pflege spielt eine digitale Schnittstelle eine besonders zentrale Rolle, um Qualifizierung in einer hoch verdichteten Arbeitsstruktur nachhaltig und wirksam zu gestalten. Sie ermöglicht, dass der Organisationsentwicklungsprozess, der Mitarbeitende auf mehreren Ebenen beteiligt, flexibel und individualisierbar, aber auch effizient in Planung, Organisation und Umsetzung sowie vernetzt und transparent ablaufen kann.