



Spitzenverband



Leitfaden Prävention

in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI
in der Fassung vom 28.09.2023

In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene



Impressum

Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Verantwortlich: Referat Pflegeversicherung, Ulrike Bode, Gabriela Seibt-Lucius, Jörg Schemann

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis: Titelseite, von links: Rawpixel.com – stock.adobe.com, Robert Kneschke – stock.adobe.com, pressmaster – stock.adobe.com

Stand: 28.09.2023

An der Erstellung des Leitfadens waren beteiligt:

Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene



AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Dachverband, Berlin

IKK e. V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 4 |
| 2. Gesetzliche Grundlagen | 7 |
| 3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege | 8 |
| 4. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen .. | 11 |
| 5. Voraussetzungen, Förder- und Ausschlusskriterien | 13 |
| 5.1 Voraussetzungen | 13 |
| 5.2 Förderkriterien | 13 |
| 5.3 Ausschlusskriterien | 14 |
| 6. Präventionsziele in der stationären Pflege | 16 |
| 7. Handlungsfelder | 18 |
| 7.1 Ernährung | 19 |
| 7.2 Körperliche Aktivität | 20 |
| 7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen | 21 |
| 7.4 Psychosoziale Gesundheit | 22 |
| 7.5 Prävention von Gewalt | 23 |
| 8. Digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen | 26 |
| 8.1 Digitale Formate und Anwendungen | 26 |
| 8.2 Finanzierung | 26 |
| 9. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen | 28 |
| 10. Evaluation | 29 |

1. Einleitung

Pflegebedürftige Menschen sind aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf Hilfe bei Aktivitäten im Alltag, bei der Gestaltung von Lebensbereichen und bei sozialer Teilhabe angewiesen. Beeinträchtigte, multimorbide und pflegebedürftige Menschen verfügen dennoch über Gesundheitspotenziale, die gefördert werden können. In wissenschaftlichen Studien hat sich längst die Erkenntnis durchgesetzt, dass auch bei hohen Pflegegraden oder hohem Lebensalter Präventionsbedarfe und -potenziale bestehen. Zielgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die der Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe pflegebedürftiger Menschen dienen, können dazu beitragen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.¹ Mit dem Präventionsgesetz 2015 wurde dieser Ansatz aufgegriffen und die Pflegekassen wurden damit beauftragt, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen.

In Deutschland betrifft dies (Stand 15.12.2021) rund 793.000 pflegebedürftige Menschen², die in rund 16.100 vollstationären Pflegeeinrichtungen von rund 814.000 Beschäftigten³ betreut und versorgt werden. Dabei handelt es sich vor allem um hochaltrige Menschen: Mehr als 70 % der pflegebedürftigen Menschen in vollstationären

Pflegeeinrichtungen sind 80 Jahre und älter.⁴ Hochaltrigkeit ist mit einem höheren Risiko von Pflegebedürftigkeit verbunden. Während von den 70- bis unter 75-Jährigen nur 9,3 % pflegebedürftig sind, beträgt der Anteil pflegebedürftiger Personen bei den über 90-Jährigen bereits rund 82 %, von denen etwa 30 % vollstationär versorgt werden.⁵ Insgesamt wird rund ein Sechstel der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen betreut.⁶ Auch wenn in den letzten Jahren die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen gegenüber dem stationären Bereich deutlich stärker zugenommen hat⁷, bleibt die vollstationäre Versorgung gerade auch für Menschen mit einem hohen pflegerischen Versorgungsbedarf ein sehr wichtiges Versorgungsangebot. Bei der Zahl der teilstationär - also in Tagespflegeeinrichtungen - versorgten Pflegebedürftigen konnte von 2017 bis 2019 ein Anstieg von 34,4 % (35.600 Pflegebedürftigen) festgestellt werden, auch wenn die Anzahl der hier betreuten pflegebedürftigen Menschen im darauffolgenden Zeitraum bis 2021 auf

1 Nationale Präventionskonferenz (NPK), Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, 2023, Kap. 1.3.3, S. 266.

2 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021, 2022, Tabellenblatt 1.1., https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile (28.08.2023).

3 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021, 2022, Eckdaten Pflegestatistik, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile (28.08.2023).

4 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021, 2022, Tabellenblatt 1.2., https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile (28.08.2023).

5 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021, 2022, Tabellenblatt 1.2., https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile (28.08.2023).

6 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021, 2022, Tabellenblatt 1.2., https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile (28.08.2023).

7 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021, 2022, Tabellenblatt 4.2., https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile (28.08.2023).

einem höheren Niveau leicht zurückging.⁸ Da die präventiven Leistungen der Pflegekassen auch für pflegebedürftige Menschen mit teilstationärer Versorgung vorgesehen sind, besteht hier ein großes Potenzial zum Ausbau präventiver Angebote.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ist, dass die Arbeits- und Lebensbedingungen für Pflegenden und Pflegebedürftige 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 (Settings) folgen.^{9,10} Nur wenn sich Pflegeeinrichtungen als gesundheitsfördernde Institutionen verstehen und sich in die Weiterentwicklung entsprechender Organisationsstrukturen einbringen, können nachhaltige Angebote für Pflegebedürftige und Pflegepersonal entstehen und beibehalten werden.

Hierbei ist von einer positiven wechselseitigen Beeinflussung zwischen der Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen und der Gesundheit der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen auszugehen. Es ist daher sinnvoll, Maßnahmen der Prävention

für Pflegebedürftige in der stationären Pflege nach § 5 SGB XI mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V zu verbinden, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen.

Damit den Bedarfen an Gesundheitsförderung und Prävention 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 (Partizipation).¹¹ In stationären Pflegeeinrichtungen bietet sich an, zusätzlich zu den Pflegebedürftigen ggf. auch Heim- bzw. Bewohnerbeiräte, Angehörige sowie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer einzubeziehen.¹²

Der vorliegende Leitfaden legt gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen fest. Er unterstützt die Pflegekassen und ihre Verbände bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention und bietet stationären Pflegeeinrichtungen sowie externen Kooperationspartnern Orientierung für einen Einstieg in den (begleiteten) Gesundheitsförderungsprozess. Der Leitfaden wird durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene und unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) erstellt und regelmäßig weiterentwickelt und aktualisiert.

8 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021, 2022, Tabellenblatt 3.4., https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnis-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile (28.08.2023).

9 Hartung, S./Rosenbrock, R., Settingansatz-Lebensweltansatz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 2018, S. 892-896, www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf (14.04.2020).

10 Horn, A./Schaeffer, D., Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2018, S. 463-469, www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf (14.04.2020).

11 Wright, M., Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2018, S. 705-711, www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf (15.04.2020).

12 Heim- bzw. Bewohnerbeiräte sind die offiziellen Vertreterinnen und Vertreter der Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung; gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer haben die Aufgabe, für diejenigen zu sprechen, die sich selbst nicht in solche Entscheidungsprozesse einbringen können.

Wesentliche Grundlage für den „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ ist die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen. Hierfür hat der GKV-Spitzenverband im Jahr 2015 einen Auftrag zur Entwicklung von Vorschlägen für Kriterien der Prävention, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele vergeben. Die Ergebnisse lagen Ende 2015 in Form einer Expertise vor, wurden Ende 2017 aktualisiert und sind 2018 in eine erste überarbeitete Fassung des Leitfadens eingeflossen.

Fünf Jahre nach Start der Leistungsumsetzung durch die Pflegekassen wurde 2021 durch den GKV-Spitzenverband in enger Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene eine erste Gesamtevaluation der präventiven Leistungen gemäß § 5 SGB XI in Auftrag gegeben. Die Evaluation wurde von Mai 2021 bis August 2022 von der Prognos AG und der Fachhochschule Münster durchgeführt. Auf Grundlage einer systematischen Analyse der nationalen und internationalen Literatur wurden aktuelle, möglichst evidenzbasierte Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen mit Bezug zu den im Leitfaden aufgeführten Handlungsfeldern sowie zum gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozess erfasst. Einbezogen wurden zusätzlich entsprechende Studien bzw. Fachveröffentlichungen der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Verbände. Damit liegen erstmalig literaturgestützte sowie durch die Evaluation empirisch begründete Hinweise und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen vor, die in die vorliegende Neufassung des Leitfadens eingeflossen sind. An der Evaluation haben sich die Pflegekassen und ihre Verbände beteiligt. In die Evaluation wurde auch die Perspektive der Wissenschaft, der Pflegeeinrichtungen und ihrer Verbände sowie die der Pflegebedürftigen mit

Blick auf die Rahmenbedingungen zur Umsetzung präventiver Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommen. Der Abschlussbericht der Evaluation wurde 2022 veröffentlicht.¹³

¹³ Altmann, N. et al., Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI, 2022, https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflegerpraevention_stationaere_pfleger.jsp (20.09.2023).

2. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Regelungen zu den Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI Abs. 1-3 lauten wie folgt:

- (1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.
- (2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.¹⁴ Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.
- (3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die

Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben.

Erläuterung:

In § 5 Abs. 1 SGB XI macht der Gesetzgeber die Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Pflegekassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Leistungen beziehen sich dabei auf einen partizipativen Organisationsentwicklungsprozess und sollen sich von den Aufgaben der Pflegeeinrichtungen insbesondere nach § 11 SGB XI, der aktivierenden Pflege, abgrenzen. Für die Ausgaben nach § 5 Absatz 1 SGB XI gilt ein jährlich anzupassender Sollwert pro Kopf der Versicherten. § 5 Absatz 3 SGB XI stellt dabei klar, dass die Pflegekassen diese Leistungen in Kooperation erbringen sollen. Darüber hinaus wird durch diese Regelung sichergestellt, dass auch die nichtverausgabten Mittel den Pflegekassen für Präventionsleistungen zur Verfügung stehen.

¹⁴ Im Jahr 2023 betragen die Sollausgaben für jeden Versicherten bereits 0,35 Euro.

3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege

Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt der stationären Pflege stellen einen Prozess dar, der die Elemente

- Bedarfsermittlung einschließlich vorhandener Risiken und Potenziale,
- eine daraus abgeleitete Zielbestimmung und
- Entwicklung von Vorschlägen und Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen sowie
- die Unterstützung von deren Umsetzung jeweils unter Beteiligung der in der stationären Pflegeeinrichtung befindlichen Menschen und der Verantwortlichen umfasst. Bei einer nachhaltigen Etablierung von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen wiederholt sich dieser Prozess im Sinne eines Lernzyklus: An die Umsetzung schließt sich wiederum eine Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen, z. B. aus definierten Handlungsfeldern, bewertet werden. Darauf aufbauend können weitere Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt werden (vgl. Abbildung 1).

Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Vorbereitung“, „Nutzung von Strukturen“, „Analyse“, „Maßnahmenplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“. Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung und Prävention von pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflegeeinrichtung sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar.

1. **Vorbereitungsphase:** Durch persönliche und/oder mediengestützte Information und Beratung unterstützen die Pflegekassen das Interesse der in den stationären Pflegeeinrichtungen Verantwortlichen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Durch Beratung interessierter Verantwortlicher können diese für das Thema Gesundheitsförderung und Prävention pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflegeeinrichtung sensibilisiert und für ein gemeinsames Verständnis vom Aufbau

gesundheitsfördernder Strukturen nach dem Setting-Ansatz vorbereitet werden. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Entscheidung der stationären Pflegeeinrichtung, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten. Es erfolgt eine Klärung von Auftrag und Zielsetzung. Bereits in der Vorbereitungsphase ist die eigenständige Weiterführung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Pflegeeinrichtungen Teil der Konzeptionierung.

2. **Nutzung von Strukturen:** Wurde in der stationären Pflegeeinrichtung die Entscheidung für einen Einstieg in den Prozess der Gesundheitsförderung und Prävention getroffen, ist es wichtig, die relevanten Akteurinnen und Akteure zusammenzubringen. Zielführend ist die Einrichtung bzw. die Erweiterung eines bestehenden Steuerungsgremiums unter Beteiligung der Einrichtungsleitung und des Qualitätsmanagements. Das Steuerungsgremium hat die Aufgabe, die Analyse des Bedarfs, die Festlegung von Zielen, die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie die Qualitätssicherung und Evaluation zu koordinieren. In der Steuerungsgruppe sollte auch die Zielgruppe vertreten sein. Für die nachhaltige Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Angebote sollten in den Pflegeeinrichtungen möglichst langfristig wirksame Strukturen verankert werden.

Anzustreben ist die Beteiligung folgender Akteurinnen und Akteure:

- Einrichtungsleitung und Verantwortliche für das Qualitätsmanagement
 - Pflegefachkräfte als zentrale Beschäftigtengruppe
 - Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuung
 - pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen
 - Heim- bzw. Bewohnerbeiräte
 - gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer
-

Für die Etablierung einer gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtung sollten gesundheitsfördernde Maßnahmen für Pflegebedürftige nach § 5 SGB XI sowie für das Pflegepersonal nach § 20b SGB V berücksichtigt werden.

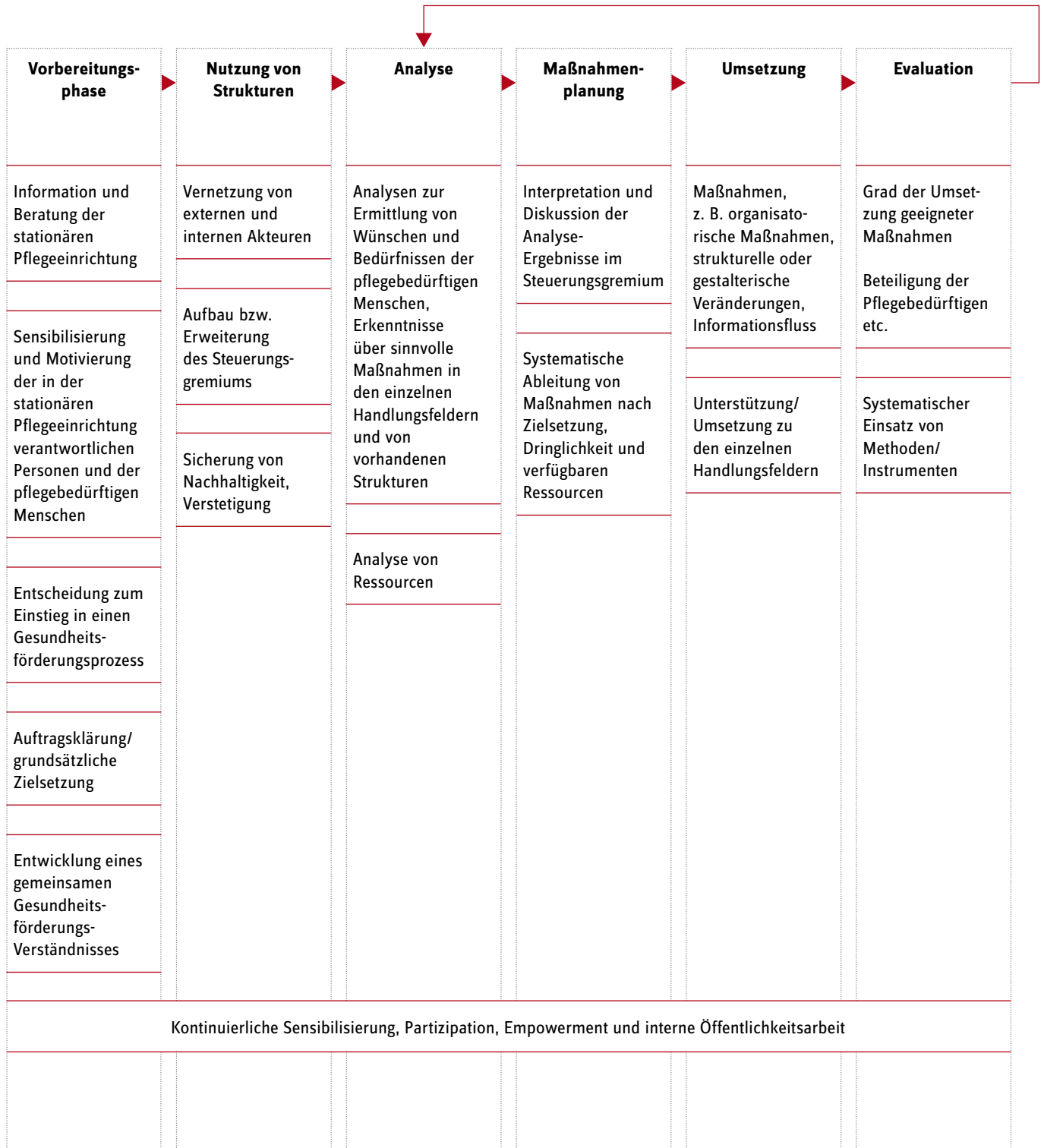
3. **Analyse:** Hierbei werden Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Handlungsfeldern sowie vorhandene Strukturen analysiert. Zur Erfassung von Bedarf und Angebot sowie zur Evaluation setzen Pflegekassen geeignete Instrumente ein. In wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten sollen insbesondere Methoden für die Beteiligung der Pflegebedürftigen entwickelt werden, die sich ggf. nicht von sich aus adäquat in Entscheidungsprozesse über die gesundheitsorientierte Gestaltung der Pflegeeinrichtung einbringen. Entsprechend sind partizipative Ansätze im Rahmen der Konzeption, Umsetzung und Evaluation von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten zu stärken.
4. **Maßnahmenplanung:** Das Steuerungsgremium interpretiert und bewertet die gesammelten Informationen und leitet daraus Interventionsziele ab. Diese werden in Abstimmung priorisiert und fließen in einen Maßnahmenplan für die einzelnen Handlungsbereiche ein. Dieser Maßnahmenplan sollte sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen enthalten, die zur Stärkung von Ressourcen der Zielgruppen beitragen. Er bringt die Maßnahmen nach Priorität und Machbarkeit in eine Reihenfolge und legt die Verantwortlichkeiten der Akteurinnen und Akteure und der Kooperationspartner für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte fest. Der Maßnahmenplan enthält die vereinbarten (Zwischen-) Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe von Interventionen sowie Routinen für die Dokumentation. Ferner sind darin die Zeitplanung sowie einzelne Fristen festgelegt. Das Steuerungsgremium wirkt auf die Realisierung des Plans hin.

5. **Umsetzung:** Die von den Projektverantwortlichen/vom Steuerungsgremium beschlossenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt. In der Umsetzung von Maßnahmen muss ein Schwerpunkt im Aufbau nachhaltiger Strukturen liegen. Dazu gehört auch der Auf- und Ausbau von Kooperationen mit externen Anbietern und Partnern, wie z. B. geeigneten Physiotherapiepraxen oder Sportvereinen, Trägern der Erwachsenen- und Seniorenbildung, kommunalen Partnerschaften sowie wissenschaftlichen Institutionen.
6. **Evaluation:** Die Evaluation sollte institutionsbezogen mindestens den Grad der Umsetzung geeigneter Maßnahmen sowie die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen erfassen. Damit pflegebedürftige Menschen ihren Gesundheitszustand länger erhalten und Mitarbeitende gesund bleiben können, sind sowohl evidenzbasierte Konzeptentwicklungen als auch die Qualitätssicherung der Umsetzung und die Verknüpfung mit dem Qualitätsmanagement der Einrichtungen wichtig.^{15 16} Zur Weiterentwicklung bestehender verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen können unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise geeignete Erhebungsinstrumente entwickelt werden. Diese sollten die aus der Sicht pflegebedürftiger Menschen relevanten Eckpunkten (z. B. Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität) erfassen. In den einzelnen Handlungsfeldern sind Vorschläge für Indikatoren formuliert.

15 Altmann, N. et al., Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI, 2022, S. 97, https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflegerpraevention_stationaere_pfleger.jsp (20.09.2023).

16 Hierbei ist zu beachten, dass die Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen nach § 20b SGB V entsprechend § 5 SGB XI nicht Aufgaben der Pflegekassen sind.

Abb. 1:
Der Gesundheitsförderungsprozess in stationären Pflegeeinrichtungen



4. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Pflegeeinrichtungen sind mit ihren Leistungen in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung bereits präventiv tätig. Nach § 11 SGB XI haben Inhalt und Organisation der Leistungen eine humane und aktivierende Pflege zu gewährleisten. Der weitgehende Erhalt der Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen sowie die Stärkung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten gehören damit bereits zu den Zielen der stationären Pflege.

Die Inhalte der von den stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen werden gesetzlich nach §§ 41, 42, 43 und 43b SGB XI bestimmt und durch die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI sowie durch die Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53b SGB XI konkretisiert. So sind die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und die pflegerische Betreuung sowie die Unterkunft und Verpflegung unter anderem darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der pflegebedürftigen Menschen auch in Form aktivierender Pflege wiederzugewinnen oder zu erhalten (Maßstäbe und Grundsätze für die vollstationäre Pflege nach § 113 SGB XI). Hierzu gehören z. B. Hilfen bei der Mobilität zur Förderung von Beweglichkeit und zum Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung oder prophylaktische Maßnahmen gegen Druckgeschwüre, Pneumonien, Stürze, Kontrakturen, Mangelernährung sowie zur Mundgesundheit und ein adäquates Schmerzmanagement.

Von diesen Pflegeinterventionen und Betreuungsleistungen sind die durch das Präventionsgesetz vorgesehenen Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI aus leistungsrechtlichen Gründen zu unterscheiden. Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Beratung und zeitlich begrenzte (finanzielle) Unterstützung von Pflegeeinrichtungen erfüllen, die geeignete Angebote zur Gesundheitsförderung und

Prävention unter Beteiligung der Pflegebedürftigen entwickeln, implementieren und evaluieren. Pflegekassen können vor allem Initiativen der Pflegeeinrichtungen unterstützen, partizipativ gesundheitsfördernde Strukturen in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung zu schaffen. Die Angebote sollen sich insbesondere dadurch auszeichnen, dass sie entweder alle pflegebedürftigen Menschen erreichen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut bzw. versorgt werden, oder nach ihren körperlichen und kognitiven Fähigkeiten differenzierte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen des Settings entsprechend ihren individuellen Interessen und Bedarfen. Hierbei sollen die Pflegekassen eine möglichst gendergerechte und kultursensible Ausrichtung der präventiven Angebote berücksichtigen und auch die Bedarfe besonderer Zielgruppen (z. B. von jungen Pflegebedürftigen oder Menschen mit hohem Pflegebedarf) mit in den Blick nehmen.¹⁷

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zielen auf die Verhältnisprävention und damit den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in Pflegeeinrichtungen ab und können auch Maßnahmen der Verhaltensprävention in bestimmten Handlungsfeldern (siehe Kap. 7) beinhalten.

Mit Mitteln nach § 5 SGB XI wird die Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen unterstützt, deren Inhalt die individuell notwendige Leistungserbringung bei Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen des Pflegeprozesses ergänzt und insgesamt einen Beitrag dazu leistet, dass Pflegeeinrichtungen zu gesundheitsfördernden Einrichtungen werden. Dies können beispielsweise zusätzliche qualitätsgesicherte Angebote, z. B. Gruppenangebote im Bereich Bewegung sein, die z. B. auch zur psychosozialen Gesundheit

17 Altmann, N. et al., Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI, 2022, S. 64, https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pfleger/praevention_stationaere_pfleger.jsp (20.09.2023).

beitragen und kognitive Aspekte der Gesundheitsförderung bei pflegebedürftigen Menschen in den Einrichtungen berücksichtigen.

Zum Wohlbefinden der Pflegebedürftigen kann ebenfalls beitragen, in den Pflegeeinrichtungen einen Fokus auf die Stärkung der (digitalen) Gesundheitskompetenz bei Pflegenden und Pflegebedürftigen zu setzen, da medizinische, therapeutische und präventive Maßnahmen eher angenommen werden könnten.¹⁸ Denn das Gesundheitsverhalten steht auch in einem engen Zusammenhang damit, inwiefern eine Person dazu in der Lage ist, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen und damit das Wissen auf gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden.¹⁹

Eine weitere zentrale Herausforderung stellt der Klimawandel dar mit seinen Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen, die in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen leben, diese aufsuchen oder in ihnen arbeiten. Der Schutz vulnerabler Personengruppen – zu denen insbesondere pflegebedürftige Menschen gehören – erhält vor dem Hintergrund der nun häufiger auftretenden Hitzeereignisse eine zunehmende Bedeutung. Alle Pflegeeinrichtungen sollten über spezifische, auf ihre Besonderheiten abgestimmte Aktionspläne verfügen, um die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Beschäftigten im Fall von Hitzeereignissen optimal zu schützen.²⁰ Durch die Pflegekassen geförderte Präventionskonzepte nach § 5 SGB XI können klimarelevante Aspekte in der Umsetzung von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen in den Handlungsfeldern

der Prävention berücksichtigen.²¹ Hierzu bieten sich insbesondere Aktivitäten im Handlungsfeld Ernährung durch die Berücksichtigung einer klimafreundlichen und zugleich gesundheitsförderlichen Gemeinschaftsverpflegung an (vgl. Kap. 7.1).

Darüber hinaus können zur Förderung von innovativen Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention aus Mitteln nach § 5 SGB XI Interventionskonzepte für die Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt und ggf. auch weiterentwickelt werden. Hierbei soll auch über eine begleitende Dokumentation und Evaluation die Wirkung präventiver Maßnahmen überprüft werden.

18 Altmann, N. et al., Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI, 2022, S. 36, https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pfleger/praevention_stationaere_pfleger.jsp (20.09.2023).

19 Nationale Präventionskonferenz (NPK), Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, 2023, Kap. 1.3.3., S. 269.

20 Nationale Präventionskonferenz (NPK), Präventions-, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilnahmeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderung, 2023, S. 11.

21 Nationale Präventionskonferenz (NPK), Präventions-, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilnahmeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderung, 2023, S. 23.

5. Voraussetzungen, Förder- und Ausschlusskriterien

Für unterstützungsfähige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting „stationäre Pflegeeinrichtungen“ gelten die folgenden spezifischen Voraussetzungen, Förder- und Ausschlusskriterien.

5.1 Voraussetzungen

Voraussetzung für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI sind Vereinbarungen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, die mindestens den Umfang und die zeitliche Dauer der Unterstützung durch die jeweilige Pflegekasse festlegen.

Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Beratung von Pflegeeinrichtungen und durch Unterstützung mittels Einbringen von Ressourcen erfüllen. Mögliche Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI im Setting Pflegeeinrichtung können darüber hinaus z. B. Moderation und Projektmanagement umfassen; ebenso können Pflegekassen qualitätsgesicherte Konzepte und Programme unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der jeweiligen Pflegeeinrichtung entwickeln und umsetzen. Entsprechende Konzepte und Programme können durch eigene Fachkräfte der Pflegekassen oder durch von ihnen beauftragte Dritte durchgeführt bzw. finanziell unterstützt werden.

Die Pflegekassen wirken darauf hin, dass die Nachhaltigkeit der umgesetzten Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen sichergestellt wird. Dazu müssen die Maßnahmen dauerhaft in den Pflegeeinrichtungen implementiert und kontinuierlich angewandt werden können. Der Aufbau und die eigenständige Weiterführung der Maßnahmen sind entsprechend dem beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit und sollten bereits ab der Vorbereitungsphase konzeptionell berücksichtigt werden.

5.2 Förderkriterien

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen können von den Pflegekassen unterstützt werden, wenn sie einen direkten Gesundheitsbezug haben und entlang des dargestellten Gesundheitsförderungsprozesses die nachstehenden Kriterien (Bedingungen) erfüllen:

- Bedarfsermittlung: Es wird einrichtungsspezifisch der Bedarf (das Potenzial) gesundheitsfördernder Aktivitäten ermittelt, Pflegebedürftige und Pflegepersonal werden an der Ermittlung des Bedarfs (des Potenzials) beteiligt.
- offener Zugang: Die Maßnahmen stehen grundsätzlich allen pflegebedürftigen Menschen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen offen, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse sie versichert sind. Dies gilt auch, wenn nicht alle Pflegekassen bei der jeweiligen Maßnahme beteiligt sind.
- Ausrichtung: Die geplanten Aktivitäten sollen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen stärken.
- Konzeptionierung: Vorlage eines Konzepts zur Beschreibung der Maßnahme, insbesondere mit Angaben
 - zur Zielrichtung (Zieldefinition erfolgt möglichst operationalisiert; dabei ist die Ausrichtung auf die Gesundheitsförderung und Prävention zu beachten),
 - zur Dauer (Kontinuität und Regelmäßigkeit sollten gewährleistet sein),
 - zur Qualifikation der Ausführenden,
 - zu den Kosten einschließlich eines Finanzierungskonzepts,
 - zu Qualitätssicherungsmaßnahmen,
 - zur Evaluation der Maßnahme,
 - zur Nutzung/Einbindung vorhandener Strukturen
 - zur Nachhaltigkeit.
- Zielgruppenbestimmung: Auf differenzierte Bedarfe von ggf. einrichtungsspezifischen Zielgruppen (vgl. Kap. 4) wird eingegangen.

- Vielfalt/Diversität²²: Die Vielfalt/Diversität der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen wird berücksichtigt.
- Qualifikation: Fachkräfte der Pflegekassen oder von Pflegekassen beauftragte Fachkräfte, welche die in den einzelnen Handlungsfeldern (s. Kap. 7) aufgeführten verhaltenspräventiven Maßnahmen durchführen, verfügen über folgende grundsätzliche Voraussetzungen:
 - Grundqualifikation: staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld
 - Zusatzqualifikation: spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung²³
 - Einweisung in die durchzuführenden Maßnahmen²⁴Die jeweilige Anerkennung der Qualifikation obliegt den Pflegekassen.
- Kooperationen: Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke, Akteurinnen und Akteure werden möglichst genutzt bzw. eingebunden.
- Digitalisierung: Die Maßnahmen können digital unterstützt werden (vgl. Kap. 8).
- Partizipation: In den gesamten Präventions-/ Gesundheitsförderungsprozess sollten die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen aktiv einbezogen werden.
- Transparenz: Die an der Umsetzung von Präventionsangeboten beteiligten Kooperationspartnerinnen und -partner informieren sich gegenseitig laufend über den jeweils aktuellen Sachstand bzgl. der jeweiligen Maßnahme.

22 Relevante Merkmale der Vielfalt (Diversität) sind u. a. Alter, Geschlecht, Behinderung, Migrationshintergrund, sozioökonomischer Hintergrund, Religion/Weltanschauung.

23 Diese kann ggf. in der Grundqualifikation enthalten sein und ist durch aussagefähige Unterlagen nachzuweisen.

24 Diese kann ggf. in der Grundqualifikation enthalten sein und ist durch aussagefähige Unterlagen nachzuweisen.

5.3 Ausschlusskriterien

Folgende Leistungen sind von einer Förderung durch die Pflegekassen ausgeschlossen:

- Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen der aktivierenden Pflege gemäß § 11 SGB XI bzw. aufgrund individueller Bedarfe und Bedürfnisse im Rahmen der Pflege, Betreuung (einschließlich zusätzlicher Betreuung) und hauswirtschaftlichen Versorgung nach §§ 41, 42, 43 und 43b i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI zu erfolgen haben
- Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI
- Leistungen, die zu den Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder die in den Zuständigkeitsbereich anderer Leistungsträger gehören; insbesondere die Finanzierung von Heil- und Hilfsmitteln nach §§ 32 ff. SGB V
- Finanzierung von Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI
- Finanzierung von Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenständen, Mobiliar und technischen Hilfsmitteln
- Finanzierung für den Aufbau oder den Ausbau einer einrichtungsbezogenen digitalen Infrastruktur in den Pflegeeinrichtungen, z. B. Anschaffung von Computern und anderen digitalen Geräten (vgl. Kap. 8.2)
- Finanzierung beruflicher Ausbildungen
- Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen, die nicht an die Maßnahme gebunden sind
- Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen, deren Kosten bereits in den vereinbarten Pflegesätzen der Pflegeeinrichtungen enthalten sind
- Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen
- auf einzelne Pflegebedürftige bezogene Abrechnung von Maßnahmen
- isolierte, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene Maßnahmen
- Forschungsprojekte/Screenings ohne Interventionsbezug

- Aktivitäten von politischen Parteien sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen
- Aktivitäten, die Werbezwecken für kommerzielle Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- ausschließlich auf Öffentlichkeitsarbeit ausgerichtete Aktionen, Informationsstände oder ausschließlich mediale Aufklärungskampagnen
- Angebote, die weltanschaulich nicht neutral sind

6. Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V in der weiterentwickelten Fassung vom 29. August 2018 beschreiben unter dem Ziel „Gesund im Alter“ für die Zielgruppe Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsthemen, bei deren Umsetzung die stationären Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen gemäß § 5 SGB XI unterstützt werden können.

Ziel gesundheitsfördernder und präventiver Leistungen in Pflegeeinrichtungen ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen unter deren Beteiligung. Das Oberziel ist dabei die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen. Zur Umsetzung wird den Pflegekassen daher empfohlen, in den Pflegeeinrichtungen **Steuerungsgremien** zu unterstützen, die sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeeinrichtung befassen und dazu beitragen können, diese in den Einrichtungen nachhaltig zu verankern (Teilziel 1.1).

Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen den Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen und den Arbeitsbedingungen des Personals ist davon auszugehen, dass aus der Verknüpfung bewohnerorientierter Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit entsprechenden Angeboten für das pflegende und betreuende Personal eine wechselseitige positive Beeinflussung der Gesundheit der Pflegebedürftigen und der Mitarbeitenden hervorgehen kann.²⁵ Daher sind verknüpfte Ansätze von Kranken- und Pflegekassen zu stärken (Teilziel 1.2).

Oberziel der Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege:

Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen

Teilziel 1.1:

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention ihrer Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Gäste befasst und dazu beiträgt, dass sich die Pflegeeinrichtung als gesundheitsfördernde Institution weiterentwickelt, ist erhöht.

Teilziel 1.2:

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, in denen Leistungen nach § 5 SGB XI sowie Leistungen nach § 20b SGB V erbracht werden, ist erhöht.

Die zwischen den Pflegekassen oder den Kooperationspartnern und den stationären Pflegeeinrichtungen vereinbarten gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen sollten sich an den folgenden inhaltlichen Teilzielen (2.1 bis 2.5) orientieren.²⁶ Mit dem vorliegenden Leitfaden werden die Zielformulierungen konkretisiert.

²⁵ Altmann, N. et al., Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI, 2022, S. 91 f., https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflge/praevention_stationaere_pflge.jsp (20.09.2023).

²⁶ Diese berücksichtigen die Ziele „Gesund älter werden“ (siehe www.gesundheitsziele.de).

**Teilziele 2.1 bis 2.5: Handlungsfelder
Teilziele der Pflegekassen für die einzelnen
Handlungsfelder**

Die vorgenannten Teilziele werden im Zuge der Evaluation der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention ggf. weiterentwickelt.

Teilziel 2.1 (Ernährung):

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen in seiner jeweils aktuellen Version) beruhendes Konzept zur Verpflegung vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.²⁷

Teilziel 2.2 (Körperliche Aktivität):

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.3 (Kognitive Ressourcen):

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.4 (Psychosoziale Gesundheit):

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.5 (Prävention von Gewalt):

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die einrichtungsinterne Handlungsleitlinien oder ein Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege vorweisen und die Handlungsleitlinien oder die Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

²⁷ Zwischen 2018 und 2022 wurden die DGE-Qualitätsstandards vollständig überarbeitet und für die gemeinschaftliche Verpflegung in Senioreneinrichtungen um Empfehlungen für ein nachhaltiges, klimagerechtes Angebot ergänzt.

7. Handlungsfelder

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen umfassen die Handlungsfelder:

- Ernährung
- körperliche Aktivität
- kognitive Ressourcen
- psychosoziale Gesundheit
- Prävention von Gewalt

Entwickelte und im Rahmen der Evaluation als effektiv bestätigte Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung zielen jedoch nicht nur auf die Durchführung einer einzelnen Maßnahme, sondern auf eine **Kombination** mehrerer Maßnahmen miteinander. Damit entsprechen sie stärker der Lebenswirklichkeit bzw. dem Alltagsgeschehen in stationären Pflegeeinrichtungen. Menschen möchten gleichzeitig kognitiv angeregt werden, sich am Alltag beteiligen und Bestandteil einer sozialen Gruppe sein.²⁸

Eine gute Evidenz für in Deutschland durchgeführte Studien hierzu liegt vor allem zu kombinierten Ansätzen in den drei Handlungsfeldern der Förderung der psychosozialen Gesundheit, der Stärkung

der kognitiven Fähigkeiten und der körperlichen Aktivitäten vor.^{29 30 31 32}

Da die zugrunde liegende Literaturlauswertung für die einzelnen Handlungsfelder insgesamt geringe Evidenz für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des § 5 SGB XI ergab, besteht weiterhin grundsätzlicher Forschungsbedarf zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Setting der stationären Pflege mit für pflegebedürftige Menschen relevanten Outcomes.

Aufgrund des teilweise fehlenden Erkenntnisstandes werden von den Expertinnen und Experten auch weiterhin Interventionen empfohlen, deren Wirksamkeit angenommen wird. In solchen Projekten sollte die Umsetzung wissenschaftlich begleitet werden.

7.1 Ernährung

Bei pflegebedürftigen Menschen tragen krankheitsbedingte Faktoren, die entweder die Nahrungsaufnahme einschränken oder den Energie- und Nährstoffbedarf erhöhen, dazu bei, dass das

28 Altmann, N. et al., Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI, 2022, S. 37, https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflegerpraevention_stationaere_pfleger.jsp (20.09.2023).

29 Gräbel, E., DeTaMAKS: Nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 2017, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/detamaks/DeTaMAKS_Abschlussbericht_final_3-2017.pdf (07.10.2021).

30 Bischoff, L. et al., Can cognitive-motor training improve physical functioning and psychosocial wellbeing in nursing home residents?: A randomized controlled feasibility study as part of the PROCARE project, in: *Aging Clin Exp Res* 33 (2021), S. 943-956.

31 Kuhlmei, A./Blüher, S./Nordheim, J./Zöllick, J., Technik in der Pflege - Einstellungen von professionell Pflegenden zu Chancen und Risiken neuer Technologien und technischer Assistenzsysteme. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), 2019, <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Bericht-Technik-profPfleger.pdf> (28.08.2023).

32 Krupp, S./ Ralf, C./Willkomm, M., Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ - Multidimensionale Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch ein bewegungsförderndes Programm, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 62 (2019), S. 267-273, <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02888-z> (28.08.2023)

Risiko für Fehl- bzw. Mangelernährung erhöht ist. In Einrichtungen der stationären Pflege sind bis zu zwei Drittel der Pflegebedürftigen davon betroffen. Mangelernährung kann wiederum dazu führen, dass sich Erkrankungen verschlimmern und Gebrechlichkeit zunimmt.³³

Zur Vermeidung von Mangelernährung liegt ein Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in der ersten Aktualisierung aus dem Jahr 2017³⁴ und eine ESPEN-Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydratation in der Geriatrie“ aus dem Jahr 2020 vor.³⁵ Der Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement mit dem Ziel der Sicherung und Förderung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten oralen Ernährung von kranken und pflegebedürftigen Menschen, die angemessene Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie bei der Gestaltung der Mahlzeiten. Die Leitlinie ergänzt die Themenbereiche Zufuhrmangel-Dehydratation und Gewichtsreduktion bei Adipositas.

Nach internationalen Recherchen werden Interventionen zur Förderung von gesunder Ernährung als Einzelmaßnahmen selten für den Bereich „Pflegeeinrichtungen“ konzipiert und evaluiert. Ernährung wird zumeist als Element sozialer Teilhabe verstanden oder als Teil von kombinierten Maßnahmen (hauptsächlich in Verbindung mit der

Förderung körperlicher Aktivität) implementiert untersucht.^{36 37 38 39 40}

Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI kann die Verbesserung des Ernährungsangebotes und der Esssituationen insgesamt sein. Hierbei sollten klimarelevante Aspekte berücksichtigt sowie die soziale Teilhabe pflegebedürftiger Menschen gestärkt werden. Pflegekassen können Einrichtungen diesbezüglich in der Umsetzung beraten und unterstützen – beispielsweise in Anlehnung des auf Konsens beruhenden „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“. Dieser berücksichtigt in seiner aktuellen Fassung Aspekte einer gesunden, ökologisch nachhaltigen und damit klimafreundlichen Verpflegung.⁴¹

33 Bauer, J. M. et al., Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie, in: Aktuelle Ernährungsmedizin 38 (2013): e1-e48; <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343169> (04.09.2023).

34 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2023). <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467> (04.09.2023).

35 Volkert, D., Aktuelle ESPEN-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydratation in der Geriatrie, Aktuelle Ernährungsmedizin 45 (2020), S. 348-355.

36 Agarwal, E. et al., Optimising nutrition in residential aged care: A narrative review, in: Maturitas 92 (2016), S. 70-78, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.013> (04.09.2023).

37 Gómez Martínez, C./Hernández Morante, J. J./Morillas-Ruiz, J. M., Dietary Factors Associated with Frailty in Old Adults: A Review of Nutritional Interventions to Prevent Frailty Development, in: Nutrients, 11(2019). <https://doi.org/10.3390/nu11010102> (04.09.2023).

38 Brooks, C./Holmes, J./Murphy, J. L., Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes, in: BMC Geriatrics, 17 (2017), S. 55, <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2> (04.09.2023).

39 Grönstedt, H. K. et al., Response and Adherence of Nursing Home Residents to a Nutrition/Exercise Intervention, in: Journal of the American Medical Directors Association, 22 (2021), S. 1939-1945, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.04.001> (04.09.2023).

40 Duizer, L. et al., Micronutrient Food Fortification for Residential Care: A Scoping Review of Current Interventions, in: Journal of the American Medical Directors Association, 17 (2016), S. 588-595, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.010> (04.09.2023).

41 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen, 2022, S. 33 f., https://www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/medien/DGE-QST/DGE-Qualitaetsstandard_Essen_auf_Raedern_Senioreneinrichtungen_aktualisiert.pdf (04.09.2023).

Ziel: Verbesserung der Ernährungssituation der Pflegebedürftigen

Maßnahme: Umsetzung anerkannter Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen) in den Pflegeeinrichtungen

Evidenz: Der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen beruht auf starkem Konsens und impliziert Empfehlungen für eine nachhaltige Ernährung.

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.1): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen in seiner jeweils aktuellen Version) beruhendes Konzept zur Verpflegung vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: Ernährungsstatus (z. B. mit dem Mini Nutritional Assessment) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

7.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigkeit ist hochrelevant für den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit und für die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie kann kognitive Ressourcen stärken (siehe Kap. 7.3) und die Prävention zusätzlicher Erkrankungen unterstützen. Gleichgewichtsübungen können alleine oder in Kombination mit Krafttraining einen positiven Effekt auf die Gleichgewichtsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen in der stationären

Pflege haben.⁴² Körperliches Training ist für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen effektiv, insbesondere im Hinblick auf die konditionellen Fähigkeiten. Da die Pflegeheimbewohnenden häufig eine starke Dekonditionierung erleben, entsteht für sie ein hoher Bedarf an Aufbauinterventionen.⁴³ Zudem wirken sich Gleichgewichtsinterventionen und Interventionen mit progressivem Widerstand auf die positive Entwicklung depressiver Symptome aus.⁴⁴

Maßnahmen zur Förderung von Bewegung, die über das alltägliche Maß hinausgehen, können die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens begünstigen.⁴⁵ Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, Bewegungsprogramme in Gruppen anzubieten und die körperliche Aktivität pflegebedürftiger Menschen im Alltag zu erhöhen. Pflegebedürftige Menschen sollten motiviert werden, regelmäßig und dauerhaft an Angeboten teilzunehmen, die ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und ihrem Bedarf entsprechen.

42 Brown L. et al., Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review), in: Cochrane Database of Systematic Reviews 2 (2013): S. 1-269; De Greef, M. H. G. et al., Frail institutionalized older persons. A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living and quality-of-life, in: American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90 (2011), S. 156-168.

43 Köppel, M., Bedarfe für körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen: Leistungsfähigkeit und Sensitivität, in: B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport 37 (2021), S. 44-49, <https://doi.org/10.1055/a-1490-7120> (04.09.2023).

44 Diegelmann, M. et al., Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach, in: Aging & Mental Health, 22 (2018), S. 784-793, <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1310804> (04.09.2023).

45 Blättner, B./Siebert, H./Wöhl, C., Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention, in: ZGerontolGeriatr 50 (2017), S. 475-482.

Ziel: Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen

Maßnahme: Anzustreben sind Angebote an Bewegungsprogrammen in Gruppen und die Entwicklung von Konzepten zur Förderung der körperlichen Aktivität im Alltag.

Evidenz: Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass Bewegung eine Verbesserung der Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens⁴⁶ und der kognitiven Leistungsfähigkeit bewirken kann. Gleichgewichtsübungen können alleine oder in Kombination mit Krafttraining einen positiven Effekt auf die Gleichgewichtsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege haben.^{47 48}

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.2): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens und gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperliche Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden)

7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen

Aufgrund des hohen Anteils von pflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Einschränkungen und des generellen Risikos kognitiver Einbußen bei hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Stärkung kognitiver Ressourcen ein relevantes Thema der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Kognitive, körperliche und soziale Aktivitäten können die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegeheimbewohnenden verbessern.⁴⁹ Von Maßnahmen zur Stärkung der kognitiven Fähigkeiten können insbesondere kognitiv weniger eingeschränkte Personen profitieren, von Maßnahmen zur Stärkung der körperlichen Fähigkeiten können auch kognitiv stärker eingeschränkte Personen profitieren. Kognitives Training und kognitive Stimulation erfordern ein Eingehen auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Übungen mit komplexeren mentalen Leistungsanforderungen können einen besseren Schutz vor dem Verlust kognitiver Leistungsfähigkeiten bieten als reines Gedächtnistraining.⁵⁰ Als unterstützend für die Stärkung kognitiver Leistungsfähigkeit haben sich neben Maßnahmen zur Förderung der körperlichen und kognitiven Aktivität Interventionen erwiesen, die auf Erinnerungen abzielen (z. B. Biografiearbeit). Teilweise ist die Stimulierung von Erinnerungen sogar mit einem größeren Effekt als körperliche Aktivitäten verbunden.^{51 52}

46 Blättner, B./Siebert, H./Wöhl, C., Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention, in: *ZGerontolGeriatr* 50 (2017), S. 475-482.

47 Brown L. et al., Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review), in: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 (2013): S. 1-269

48 De Greef, M. H. G. et al., Frail institutionalized older persons. A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living and quality-of-life, in: *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 90 (2011), S. 156-168.

49 Blättner, B./Siebert, H./Wöhl, C., Wirksamkeit von Interventionen zur Stärkung kognitiver Ressourcen bei Bewohnenden in Pflegeheimen: Eine systematische Übersichtsarbeit und Netzwerkmetaanalyse, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (2020), S. 778-787. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01654-9> (04.09.2023).

50 Fiatarone Singh M. A. et al., Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review, in: *BMC Geriatrics* 11 (2011), S. 1-14.

51 Langner, B., Demenzprävention - Die WHO empfiehlt, in: *Pflegezeitschrift* 11 (2019), <https://www.springerpflege.de/personalmanagement/demenzpraevention-die-who-empfehl/17245174> (02.03.2022).

52 Hanaoka, H. et al., A Systematic Review of Multimodal Non-Pharmacological Interventions for Cognitive Function in Older People with Dementia in Nursing Homes, in: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 48 (2019), S. 1-16, <https://doi.org/10.1159/000503445> (04.09.2023).

Ziel: Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen

Maßnahme: Ergänzend zu den Angeboten zur Förderung körperlicher Aktivität (Kap. 7.2) sind regelmäßige Angebote mit kognitiven Aktivitäten zur Stärkung kognitiver Fähigkeiten anzustreben, die sich nicht auf reines Gedächtnistraining beschränken.

Evidenz: Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass sich körperliche und mentale Aktivität generell fördernd auf die kognitive Leistungsfähigkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen auswirkt.⁵³

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.3): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: kognitive Fähigkeiten (kognitive Leistungsfähigkeit), gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

7.4 Psychosoziale Gesundheit

Die psychosoziale Gesundheit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege zu erhalten, zu stärken oder wiederherzustellen ist eine besondere Herausforderung. Neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Demenz und die Parkinsonsche Erkrankung sind besonders häufig mit Depressionen verbunden. Depressionen gelten als relevanteste psychische Erkrankung in der stationären Pflege. Es muss von einer Prävalenz depressiver Symptome bei bis zu 50 % und von

schwerer Depression bei bis zu 20 % der Pflegebedürftigen ausgegangen werden.⁵⁴

In eine systematische Übersichtsarbeit⁵⁵ wurden sieben Primärstudien eingeschlossen, deren Interventionen eine Aktivierung von Erinnerungen, Freizeitaktivitäten und gesellschaftlicher Teilhabe umfassten. Die Studien hatten überwiegend ein hohes Verzerrungspotenzial.

Positive Effekte von Erinnerungstherapien oder Freizeitaktivitäten auf depressive Symptome und auf die fremd eingeschätzte und selbstberichtete Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit waren statistisch nicht signifikant. Das Ausbleiben der Maßnahmen führte allerdings zur Verschlechterung depressiver Symptome bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz. Freizeitaktivitäten in Gruppen führten im Vergleich zur Erinnerungsaktivierung zu einer Verbesserung des Wohlbefindens. Eine quasi-experimentelle Studie zur gesellschaftlichen Teilhabe zeigte eine statistisch signifikante Steigerung des Wohlbefindens und ein vermindertes Auftreten depressiver Symptome. In die Studie wurden jedoch nur 39 Teilnehmende einbezogen.

Digitale Instrumente, wie der Einsatz von Tablets, können psychosoziale Interventionen unterstützen und eventuell einen Ausgleich zur erlebten sozialen Isolation schaffen.⁵⁶

Aus theoretischen Überlegungen lässt sich ableiten, dass die Stärkung von Resilienz und des Empfindens von Kohärenz sinnvolle Ansätze zur

53 Blättner, B./Siebert, H./Wöhl, C., Kognitive Interventionen in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen, in: ZGerontolGeriatr (2017), <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1330-3> (04.09.2023).

54 Jacobi, F. et al., Depressive Erkrankungen, in: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, 2010.

55 Blättner, B./Glöckner, J. M./Richter, S., Psychosoziale Interventionen in der stationären Pflege. Systematische Übersicht des Effekts universeller und selektiver Prävention auf die psychische Gesundheit, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (2017), DOI: 10.1007/s00391-017-1231-5 (04.09.2023).

56 Blüher, S. et al., Technik in der Pflege - Einstellungen von Professionell Pflegenden zu Chancen und Risiken neuer Technologien und technischer Assistenzsysteme. Projektbericht für das ZQP, 2019.

universellen Prävention sein können. Daraus ergibt sich die Empfehlung, pflegebedürftigen Menschen die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten zu ermöglichen.

Ziel: Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Stärkung der Resilienz

Maßnahme: Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozial anerkannten Aktivitäten

Evidenz: Expertise

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.4): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

7.5 Prävention von Gewalt

Gewalt gegenüber alten Menschen sind nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation⁵⁷ einmalige oder wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den Betroffenen zu Schaden oder Leid führen. Damit sind Formen emotionaler, körperlicher und sexualisierter Gewalt sowie Vernachlässigung gemeint. Gewalt gegen und Gewalt durch pflegebedürftige Menschen bedingen sich oft wechselseitig. Die Relevanz des Themas ist unter Expertinnen und Experten unbestritten. Voraussetzung für jede Intervention ist die Enttabuisierung von Gewaltphänomenen. Gewalt gegen und auch durch pflegebedürftige Menschen ist als strukturelles

Phänomen anzusehen, welches ganzheitliche und kontinuierliche Ansätze erfordert.^{58 59 60}

Vielversprechende Maßnahmen sind Instrumente zur Meldung und Dokumentation von Gewaltvorkommen, die Etablierung von Leit- und Richtlinien, Weiterbildungen für Mitarbeitende und die Sensibilisierung für leitende Fachkräfte. Auch wenn diese Instrumente in ihrer Evaluation bisher kaum statistisch valide Ergebnisse zeigen, so verbessern sie in jedem Fall das subjektive Sicherheitsempfinden der Beschäftigten.^{61 62} Pflegebedürftige Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben oder diese aufsuchen, sind aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation und der damit verbundenen Abhängigkeit von Hilfe besonders verletzlich und daher auch besonders zu schützen. Gewaltprävention und der richtige Umgang mit Gewaltereignissen durch das Pflege- und Betreuungspersonal sind daher von großer Relevanz.

In wenigen Bundesländern (z. B. Hessen) bestehen explizite Verpflichtungen in den Heimgesetzen, Konzepte für gewaltfreie Pflege vorzulegen.

58 Gahr, B. et al., „Weil wir spüren, da müssen wir was tun.“ - Barrieren in der Gewaltprävention sowie zentrale Handlungserfordernisse, in: Gerontologie und Geriatrie 51 (2018), S. 329-334.

59 Jacobs, P./ Tucman, D./Weidner, F., Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe, 2017. Hrsg.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Köln. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Studienbericht-DIP-B_Braun_GiP-final2.pdf (04.09.2023).

60 Gerlach, A. et al., Danger in Safe Spaces? Resident-to-Resident Aggression in Institutional Care, in: Phelan, A. (Hrsg.), International Perspectives on Aging, Band 24, 2020, S. 181-192, https://doi.org/10.1007/978-3-030-25093-5_13 (04.09.2023).

61 Kozak, A. et al., Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany - A Survey, in: International Journal of Environmental Research and Public Health 15 (2018). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274> (04.09.2023).

62 Spelten, E./Thomas, B./O'Meara, P. F./Maguire, B. J./FitzGerald, D./Begg, S. J., Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates, in: Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD012662. DOI: 10.1002/14651858.CD012662.pub2 (04.09.2023).

57 World Health Organization (WHO), The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse, 2002.

Primär sollten Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung geeigneter Konzepte in Kooperation mit der jeweiligen Heimaufsicht und sozialversicherungsübergreifend dem Träger der Kranken- bzw. Unfallversicherung unterstützt werden.

Während mit partizipativen Ansätzen zur Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen erste Erfahrungen vorliegen⁶³, ist die Erkenntnislage zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen noch unbefriedigend. Derzeitig liegen überwiegend Ergebnisse aus Studien zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor. Jedoch gibt es kaum valide Hinweise darauf, welche Maßnahmen – abgesehen von Personalschulungen – Wirksamkeit zeigen.^{64 65} Eine Übersichtsarbeit zur Gewaltprävention in der Pflege⁶⁶ konnte lediglich eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit eines Schulungsprogramms identifizieren und kommt zu dem Schluss, dass diese Studie aufgrund erheblicher methodischer Schwächen und mangelnder Übertragbarkeit keine zuverlässigen Schlüsse über die Wirksamkeit von Interventionen zur Gewaltprävention zulässt. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass sich Maßnahmen zur Gewaltprävention in der stationären Pflege nicht nur auf einen singulären Aspekt beziehen können, sondern auf Systemebene, an den Strukturen einer stationären Pflegeeinrichtung, ansetzen müssen. Dementsprechend muss ein Konzept zur Gewaltprävention ein Bündel

unterschiedlicher Maßnahmen enthalten.^{67 68}

Hierzu gehören neben einer Sensibilisierung und regelmäßigen Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema auch die Entwicklung und Festlegung von einrichtungsinternen Handlungsleitlinien zum Umgang mit Verdachtsfällen und bei aktuell verübter Gewalt. Übereinstimmend wird den Pflegeeinrichtungen auch empfohlen, eine Präventionsbeauftragte bzw. einen Präventionsbeauftragten zu installieren, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Ansprechpartner und Beratungsinstanz zur Verfügung stehen und sie bei dem Ziel unterstützen, Übergriffe und Gewalt zu verhindern.^{69 70}

63 Müller, B., Gute Lösungen in der Pflege II. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, 2008.

64 Abraham, J. et al., Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. In: International Journal of Nursing Studies, 96 (2019), S. 27-34, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017> (04.09.2023).

65 Abraham, J. et al., Freiheitseinschränkung aus Sicht der Interessenvertretungen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern – eine qualitative Studie, in: Pflege 32 (2019), S. 147-156, <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000664> (04.09.2023).

66 Abraham, J./Meyer, G., Gewaltprävention in der Pflege. ZQP Report, 2017, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf (14.04.2020).

67 Brucker, U./Kimmel, A./Schempp, N., Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA Final Report, 2012, www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf (14.04.2020).

68 Müller-Hergl, C., Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse): Stand der Diskussion [Mai 2011], 2011, dzd.blog.uni-wh.de/wp-content/uploads/2015/10/Gewalt-und-Vernachlaessigung_Elder_Abuse-1.pdf (14.04.2020).

69 Brucker, U./Kimmel, A./Schempp, N., Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA Final Report, 2012, www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf (14.04.2020).

70 Gahr, B. et al., Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege. Von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz. Zeitschrift für Palliativmedizin 15(03) (2014) – PD 335. DOI: 10.1055/s-0034-1374505 (04.09.2023).

Ziel: Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen

Maßnahme: partizipative Entwicklung von Konzepten gewaltfreier Pflege sowie deren Umsetzung

Evidenz: Expertise; In methodisch moderaten Übersichtsarbeiten konnte keine Studie methodisch hinreichend guter Qualität identifiziert werden.

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.5): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die einrichtungsinterne Handlungsleitlinien oder ein Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

8. Digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

8.1 Digitale Formate und Anwendungen

Die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen kann digital unterstützt werden. Dabei sind die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherung zu berücksichtigen. Digitale Formate oder Anwendungen sind bereits im Kontext präventiver Angebote der Pflegekassen vorgesehen bzw. umgesetzt.⁷¹ Sie können dazu beitragen, die Bereitschaft der pflegebedürftigen Menschen und des Pflege- und Betreuungspersonals zu erhöhen, Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention anzunehmen. Bei der Umsetzung von digitalen Angeboten ist zu beachten, dass digital weniger affine pflegebedürftige Menschen („Digital Divide“) von den Angeboten nicht ausgeschlossen werden.⁷² Die digitale Unterstützung kann sowohl organisatorisch-technisch den Gesundheitsförderungsprozess (vgl. Kap. 3) betreffen als auch die Bereitstellung eines Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses umfassen. So können in der **Vorbereitungsphase** Online-Seminare zur Sensibilisierung und Motivierung von pflegebedürftigen Menschen und Verantwortlichen in den Einrichtungen für den Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess eingesetzt oder digital gestützte Module zur Bedarfserfassung genutzt werden. In der **Umsetzungsphase** können Gesundheitsförderungsmaßnahmen für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ebenfalls (teilweise) digital angeboten werden. Hierzu gehören digitale Formate wie Videokonferenzen, die Nutzung von mobilen Endgeräten für Angebote der Gesundheitsförderung

und Prävention, Online-Schulungen für Pflegebedürftige und Pflegepersonal, wenn Letztere Präventionsangebote für pflegebedürftige Menschen in den Einrichtungen umsetzen, oder Online-Trainingsprogramme etwa im Bereich der Unterstützung der Mobilität der Pflegebedürftigen durch bewegungsfördernde Computerspiele und andere Angebote.

8.2 Finanzierung

Um eine nachhaltige Implementierung der Nutzung von digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen, ist bereits im Rahmen der Konzepterstellung darzulegen, wie digitale Angebote auch nach der Förderung durch die Pflegeeinrichtungen bzw. die Pflegebedürftigen selbst nutzerbezogen sichergestellt werden können. Bei der Prüfung geeigneter digitaler Formate und Anwendungen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen kann sich die Pflegekasse an den Qualitätskriterien für digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach Kapitel 7.4.2 des GKV-Leitfadens Prävention orientieren.⁷³

Der Einsatz digitaler Formate und Anwendungen ist in der Regel an einrichtungsbezogene Voraussetzungen gebunden. Präventionsmittel nach § 5 SGB XI stehen insbesondere für die in Kapitel 8.1 genannten Formate und Anwendungen zur Verfügung, jedoch nicht für den Aufbau oder den Ausbau einer einrichtungsbezogenen digitalen Infrastruktur in den Pflegeeinrichtungen. Monatliche Nutzungsgebühren von mobilen Endgeräten sind im Einzelfall im Rahmen einer gruppenbezogenen Anwendung für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für den Zeitraum der begrenzten Projektförderung förderfähig und werden durch die Pflegekassen individuell geprüft. Pflegeeinrichtungen können prüfen, ob

71 Altmann, N. et al., Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI, 2022, S. 88, https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflge/praevention_stationaere_pflge.jsp (20.09.2023).

72 Die Vorbeugung von Digital Divide kann durch flankierende Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz erreicht werden. Pflegeeinrichtungen mit unzureichender digitaler Infrastruktur müssen prüfen, ob sie durch die Bereitstellung alternativer, nicht-digitaler Anwendungen Partizipationsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen sicherstellen.

73 GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. März 2023, S. 163.

Fördermittel nach § 8 Abs. 8 SGB XI zur einmaligen Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie für damit einhergehende Kosten der Inbetriebnahme möglich sind, z. B. zur Anschaffung von Computern und anderen digitalen Geräten sowie für damit einhergehende Kosten der Inbetriebnahme.

9. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen

Die nach § 5 SGB XI von den Pflegekassen erbrachten Leistungen werden einheitlich dokumentiert und jährlich in den GKV-Präventionsberichten veröffentlicht.⁷⁴ Insbesondere zum Zweck der Berichterstattung gemäß § 20d Abs. 4 SGB V (Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz) i. V. m. § 5 Abs. 5 SGB XI und der Messung der Erreichung der Präventionsziele in der stationären Pflege erfolgt die Dokumentation jährlich und umfasst insbesondere:

- Anzahl der erreichten Pflegeeinrichtungen, differenziert nach Zugangsweg (Setting): vollstationär, Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege
- Art, Dauer und Anzahl der von den Pflegekassen (z. B. finanziell) unterstützten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention
- Anzahl der erreichten pflegebedürftigen Menschen
- Differenzierung der Zielgruppen
- Erreichung von Steuerungsgremien
- Angaben zur Qualitätssicherung
- Angaben zur Digitalisierung
- Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
- Höhe der verausgabten Mittel⁷⁵

⁷⁴ GKV-Spitzenverband/Medizinischer Dienst Bund (Hrsg.), Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, fortlaufend.

⁷⁵ Die Höhe der Präventionsaufwendungen der Pflegekassen werden in der PJ 1-Pflegestatistik erfasst und ebenfalls jährlich in den GKV-Präventionsberichten veröffentlicht.

10. Evaluation

Der GKV-Spitzenverband vergibt in regelmäßigen Abständen Aufträge über die wissenschaftliche Evaluation der Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de