



Spitzenverband



Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

nach § 5 SGB XI



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich: Abteilung Gesundheit

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Fotonachweis: Photographiee.eu/Fotolia (Titel li.), [pixel66](http://pixel66.com)/Fotolia (Titel re.)

Stand: August 2016

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	6
3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege	7
4. Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung	10
5. Umsetzungs- und Ausschlusskriterien	11
6. Präventionsziele in der stationären Pflege	13
7. Handlungsfelder	14
7.1 Ernährung	14
7.2 Körperliche Aktivität	15
7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen	16
7.4 Psychosoziale Gesundheit	16
7.5 Prävention von Gewalt	17
8. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen	19
9. Evaluation	20

1. Einleitung

In Deutschland werden (Stand 2013) etwa 764.000 Pflegebedürftige in 13.030 Einrichtungen der stationären Pflege von etwa 685.000 Beschäftigten versorgt. 94 Prozent der Pflegeheime betreuen überwiegend ältere oder hochaltrige Menschen; 69 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind über 80 Jahre alt.¹ Pflegebedürftigkeit ist aber nicht vom Erreichen eines bestimmten Alters abhängig. Aufgrund des demografischen Wandels ist zu erwarten, dass trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ der Anteil der Bevölkerung, der in der stationären Pflege versorgt wird, tendenziell steigen wird: Hochaltrigkeit ist mit einem höheren Risiko von Pflegebedürftigkeit verbunden. In Regionen mit abnehmender Bevölkerungsdichte und einem steigenden Anteil von Einzelhaushalten sinkt zugleich das Potenzial einer familiären Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld.²

Pflegebedürftige 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. Voraussetzung für die Umsetzung einer Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen ist, dass die Lebensbedingungen entsprechend nachhaltig gestaltet werden. Prävention in der stationären Pflege muss deshalb konsequent dem

Ansatz der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Settings) folgen.³

Die starke Abhängigkeit Pflegebedürftiger vom Handeln der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen lässt es sinnvoll erscheinen, Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige in der stationären Pflege mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V in der Pflegeeinrichtung zu verbinden, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen.

Zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten gehört der Anspruch, die Zielgruppen an der Ermittlung von Gesundheitsrisiken und -potenzialen, an der Entwicklung von Lösungsstrategien und der Evaluation des Prozesses geplanter organisatorischer Veränderungen zu beteiligen (Partizipation).⁴ In stationären Pflegeeinrichtungen bietet sich an, zusätzlich zu den Pflegebedürftigen ggf. auch Heimbeiräte, Angehörige sowie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer einzubeziehen.⁵

Mit dem Präventionsgesetz wurde die Verpflichtung der Pflegekassen eingeführt, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen. Damit leisten die Pflegekassen auch einen zusätzlichen Beitrag zur Förderung der Mobilität von Pflegebedürftigen, der den Gedan-

1 Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013, Wiesbaden.

2 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007, Hamburg, www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw-themen/TS-AP07-11_Pflegereport2007_Download.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff 13.11.2015.

3 Rosenbrock R, Hartung S (2015): Settingansatz / Lebensweltansatz, in: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=131, Zugriff: 12.11.2015.

4 Stark W, Wright M (2010): Partizipation - Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, in: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=178, Zugriff: 12.11.2015.

5 Heimbeiräte 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.

ken des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Modul 1 „Mobilität“ des neuen Begutachtungsassessments) aufgreift.

Für den Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V berichtet die soziale Pflegeversicherung als einer der Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) nach § 20e SGB V entsprechend der Beschlüsse der NPK.

Der vorliegende Leitfaden legt gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen fest und soll den Pflegekassen Hilfestellungen bei der Entwicklung und Unterstützung der Umsetzung von Vorschlägen für Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung geben. Der Leitfaden wurde durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt.

Wesentliche Grundlage für den Leitfaden Prävention in stationären Einrichtungen nach § 5 SGB XI war 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 und sind in den Leitfaden eingeflossen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Regelungen zu den Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI 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 Sachverständes 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. 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 Wahrneh-

mung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

Erläuterung:

In § 5 Abs. 1 SGB XI macht der Gesetzgeber die Prävention und Gesundheitsförderung 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 Abs. 1 SGB XI gilt ein jährlich anzupassender Sollwert pro Kopf der Versicherten. § 5 Abs. 3 SGB XI stellt dabei klar, dass die Pflegekassen diese Leistungen in Kooperation erbringen sollen. Die Art und Ebene der Kooperation ist nicht festgelegt.

3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege

Prävention und Gesundheitsförderung 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 den Verantwortlichen, umfasst. Bei einer nachhaltigen Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung 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 Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Vorbereitung“, „Nutzung von Strukturen“, „Analyse“, „Maßnahmenplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“. Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Prävention und Gesundheitsförderung 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 Prävention/Gesundheitsförderung. In der persönlichen Beratung interessierter Verantwortlicher können diese für das Thema Prävention/Gesundheitsförderung pflegebedürftiger Menschen in

der stationären Pflegeeinrichtung sensibilisiert und für ein gemeinsames Verständnis von Prävention/Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz vorbereitet werden. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Grundsatzentscheidung der stationären Pflegeeinrichtung, in einen Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess einzutreten. Es erfolgt eine Klärung von Auftrag und Zielsetzung.

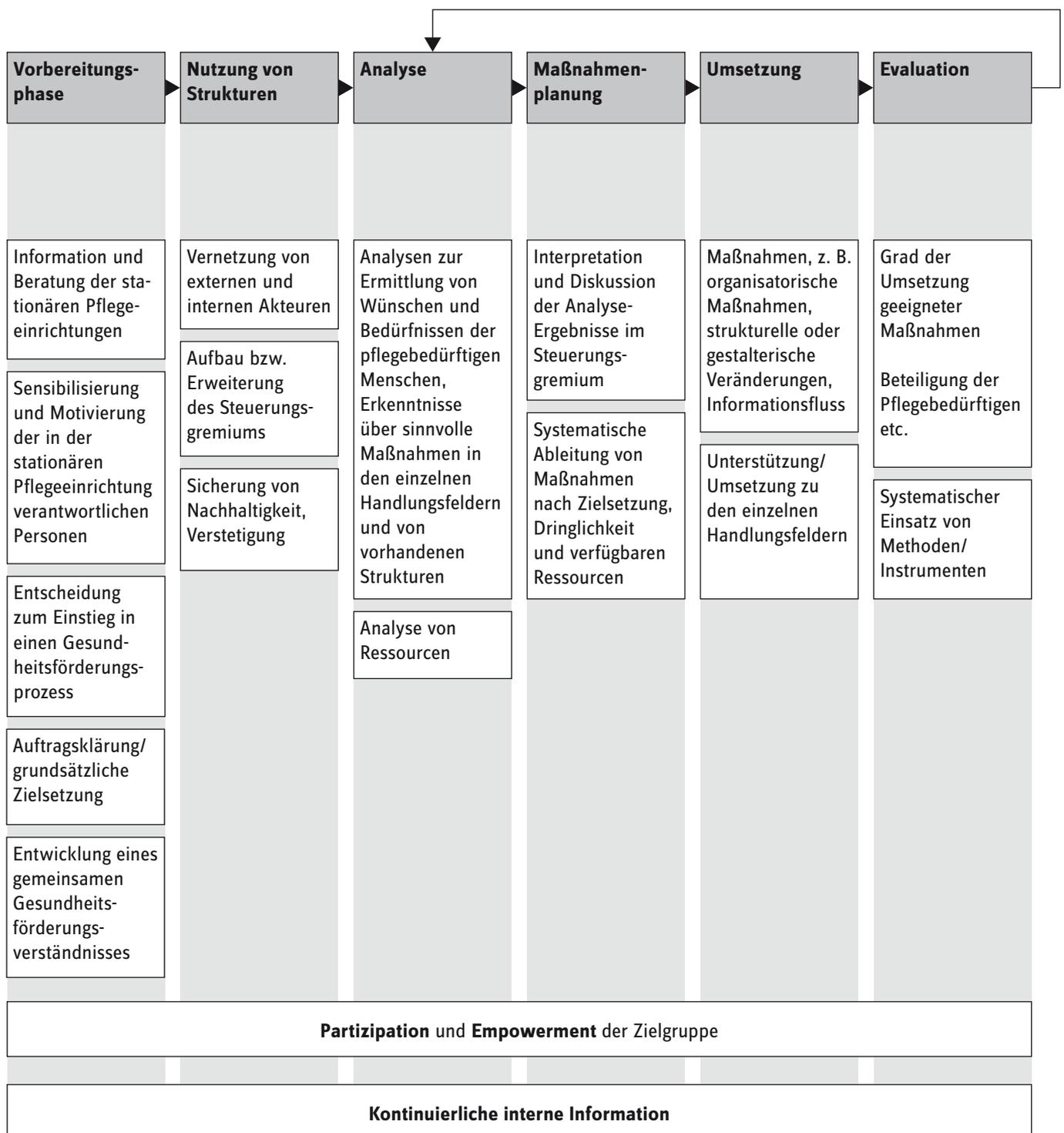
2. Nutzung von Strukturen: Zu Beginn von Maßnahmen der Prävention/Gesundheitsförderung in der stationären Pflegeeinrichtung ist es wichtig, die relevanten Akteure zusammenzubringen. Dabei wird empfohlen, dass Pflegekassen sich möglichst in bereits vorhandene Strukturen einbringen, sodass ein untereinander abgestimmtes Handeln erfolgen kann. Es empfiehlt sich, unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen aus dem Qualitätsmanagement ein Steuerungsgremium aufzubauen bzw. vorhandene Gremien dem Ziel entsprechend zu erweitern und anzupassen. Das Steuerungsgremium hat die Aufgabe, die Analyse des Bedarfs, die Festlegung von Zielen, die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie die Evaluation zu koordinieren. In der Steuerungsgruppe müssen die Leitung der Einrichtung und die Zielgruppe vertreten sein, um Beteiligung zu gewährleisten. Die Steuerungsgruppe koordiniert die Bedarfsermittlung, Zieldefinition, Planung und Umsetzung von Maßnahmen und die Evaluation.

Anzustreben ist die Beteiligung von :

- Einrichtungsleitungen und Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement
- Pflegefachkräften als zentrale Beschäftigtengruppe
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Betreuung
- Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen
- Heimbeiräten
- gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern

- 3. Analyse:** Hierbei werden Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen 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 sollten insbesondere Methoden der Beteiligung auch der Gruppen von Pflegebedürftigen entwickelt werden, die sich nicht von sich aus adäquat in Entscheidungsprozesse über die Gestaltung der Pflegeeinrichtung einbringen.
- 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 Rollen/Verantwortlichkeiten der Akteure und Kooperationspartner für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte fest. Im Rahmen der Qualitätssicherung der Maßnahmen enthält er die in Abstimmung getroffenen (Zwischen-)Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe von Interventionen sowie Routinen für die Dokumentation. Ferner sind darin die Zeitplanung und 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 wie z. B. geeigneten Physiotherapiepraxen oder Sportvereinen und Trägern der Erwachsenen- und Seniorenbildung.
- 6. Evaluation:** Die Evaluation sollte institutionsbezogen mindestens den Grad der Umsetzung geeigneter Maßnahmen sowie die Beteiligung der Pflegebedürftigen, differenziert nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, erfassen. Zur Weiterentwicklung können unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten von für Pflegebedürftige relevanten Eckpunkten (z. B. den Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität) entwickelt werden. In den einzelnen Handlungsfeldern sind Vorschläge für geeignete Indikatoren formuliert.

Abbildung 1:
Der Gesundheitsförderungsprozess in stationären Pflegeeinrichtungen



4. Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung

Pflegeeinrichtungen sind mit ihren Leistungen in der Pflege, der 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 sowie die Stärkung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten gehören damit zum Ziel der stationären Pflege.

Die Inhalte der von den stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen werden gesetzlich nach §§ 41, 42, 43 und 87b (ab 01.01.2017: § 43b) SGB XI bestimmt und durch die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI sowie durch die Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 87b (ab 01.01.2017: § 53c) SGB XI konkretisiert. So sollen Pflegeinterventionen erkennbar auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Lebensqualität, Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet sein (Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege nach § 113 SGB XI, Ziffer 4 Ergebnisqualität). 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 und Mangelernährung.

Von diesen Pflegeinterventionen und Betreuungsleistungen sind nunmehr die durch das Präventionsgesetz vorgesehenen Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI abzugrenzen. Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Beratung und zeitlich begrenzte (finanzielle) Unterstützung von Pflegeeinrichtungen erfüllen, die geeignete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Pflegebedürftigen entwickeln, implementieren und evaluieren. Diese Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne des § 5 SGB XI

sollen sich insbesondere dadurch auszeichnen, dass sie alle Bewohnerinnen und Bewohner oder zumindest Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern des Settings betreffen und mit weniger spezifischen Maßnahmen als den am individuellen Pflegeprozess orientierten Pflegeinterventionen viele Menschen erreichen.

Die Maßnahmen zielen auf die Verhältnisprävention und damit den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in Pflegeeinrichtungen ab und können auch Maßnahmen der Verhaltensprävention in bestimmten Handlungsfeldern (siehe Kapitel 7) beinhalten. Individuelle Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 1 Satz 4 SGB XI) sind hiervon ausgenommen. Entsprechend wird mit Mitteln nach § 5 SGB XI die Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen unterstützt, deren Inhalt sich entweder von der individuell notwendigen Leistungserbringung bei Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen des Pflegeprozesses abgrenzt oder über deren Maß hinausgeht (zusätzliche qualitätsgesicherte Angebote, z. B. Gruppenangebote im Bereich Bewegung).

Darüber hinaus können zur Förderung von innovativen Ansätzen 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.

5. Umsetzungs- und Ausschlusskriterien

Die folgenden Kriterien für unterstützungsfähige Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen orientieren sich an den Förder- und Ausschlusskriterien, die grundsätzlich für den Setting-Ansatz nach § 20a Abs. 1 SGB V⁶ definiert worden sind. Darüber hinaus gelten für Aktivitäten im Setting „stationäre Pflegeeinrichtungen“ spezifische Anforderungen und Kriterien.

Voraussetzung für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung 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 Prävention und Gesundheitsförderung 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 z. B. Beratung, Moderation und Projektmanagement sein; ebenso können Pflegekassen qualitätsgesicherte Konzepte und Programme unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der jeweiligen Pflegeeinrichtung entwickeln.

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen können auf der Grundlage von qualitätsgesicherten Konzepten und Programmen durch eigene Fachkräfte der Pflegekassen oder durch von ihnen beauftragte Dritte durchgeführt bzw. finanziell unterstützt werden. Sie müssen grundsätzlich die nachstehenden Kriterien erfüllen:

Anforderungen:

- Offener Zugang: Die Maßnahmen stehen grundsätzlich allen Bewohnerinnen und

Bewohnern von 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 Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen stärken.
- Vielfalt/Diversität⁷: Die Vielfalt/Diversität der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen wird berücksichtigt.
- Qualifikation: Fachkräfte der Pflegekassen oder von Pflegekassen beauftragte Fachkräfte, die die in den einzelnen Handlungsfeldern (s. Kapitel 7) aufgeführten verhaltenspräventiven Maßnahmen durchführen, verfügen über folgende grundsätzlichen Voraussetzungen:
 - Grundqualifikation: staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld
 - Zusatzqualifikation: spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung⁸
 - Einweisung in die durchzuführende Maßnahmen⁹

Die jeweilige Anerkennung der Qualifikation obliegt den Pflegekassen.

- Partnerschaften: Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteure werden möglichst genutzt bzw. eingebunden.
- Konzeptionierung: Vorlage eines Konzeptes zur Beschreibung der Maßnahme, insbesondere
 - deren Zielrichtung (Zieldefinition erfolgt möglichst operationalisiert; dabei ist die Ausrichtung auf die Prävention/Gesundheitsförderung zu beachten),
 - deren Dauer (Kontinuität und Regelmäßigkeit sollten gewährleistet sein),
 - die geeignete Qualifikation der Ausführenden,

7 Relevante Merkmale der Vielfalt/Diversität sind u. a. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund.

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

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

6 GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014.

- die Kosten einschließlich eines Finanzierungskonzeptes,
- die Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- die Evaluation der Maßnahme sowie
- die Beschreibung der Nutzung vorhandener Strukturen.
- Partizipation: In den gesamten Präventions-/ Gesundheitsförderungsprozess sollten die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen aktiv einbezogen werden.
- Transparenz: Die Akteure informieren sich gegenseitig laufend über den jeweils aktuellen Sachstand bzgl. der jeweiligen Maßnahme.

Ausgeschlossen sind insbesondere:

- 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 87b (ab 2017: 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 4 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 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 Bewohnerinnen und Bewohner 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 öffentlichkeitsorientierte 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 vom 19.02.2016 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 präventiver/gesundheitsfördernder Leistungen in Pflegeeinrichtungen ist, die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen und deren gesundheitliche Ressourcen unter Beteiligung der Pflegebedürftigen zu verbessern. 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 Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflegeeinrichtung befassen (Teilziel 1).

**Oberziel der Prävention in der stationären Pflege:
Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen**

Teilziel 1:

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner befasst, ist erhöht.

Die konkreten Maßnahmen sollten sich an den folgenden inhaltlichen Teilzielen (2.1 bis 2.5) orientieren.¹⁰ Mit dem vorliegenden Leitfaden werden die Zielformulierungen konkretisiert.

Teilziele 2.1 bis 2.5:

Teilziele der Pflegekassen für die einzelnen Handlungsfelder

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

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 (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.

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

¹⁰ Diese berücksichtigen die Ziele „Gesund älter werden“ (siehe www.gesundheitsziele.de).

7. Handlungsfelder

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen umfassen die Handlungsfelder

- Ernährung,
- körperliche Aktivität,
- kognitive Ressourcen,
- psychosoziale Gesundheit und
- Gewalt.

Die Empfehlungen zu den Handlungsfeldern basieren auf dem Expertenurteil der einbezogenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Da die zugrundeliegende Literaturlauswertung für die einzelnen Handlungsfelder insgesamt geringe Evidenz guter Qualität für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne des § 5 SGB XI ergab, besteht grundsätzlicher Forschungsbedarf zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Setting der stationären Pflege mit für Pflegebedürftige relevanten Outcomes. Aufgrund des teilweise fehlenden Erkenntnisstandes werden von den Experten auch 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 Risiko für 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.¹¹

11 Volkert D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R, Sieber C und das DGEM Steering Committee (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2013; 38: e1 - e48; DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343169>, www.dnqp.de/38093.html, Zugriff 30.09.2015.

Insbesondere für die individuelle Planung von Maßnahmen des Ernährungsmanagements liegt ein Expertenstandard „Ernährungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) aus dem Jahr 2010 vor.¹² Er beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement mit dem Ziel der Sicherung und Förderung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Ernährung durch angemessene Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie der Gestaltung der Mahlzeiten.

Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI kann die Verbesserung des Ernährungsangebotes und der Esssituationen insgesamt sein. Pflegekassen können Einrichtungen diesbezüglich in der Umsetzung – beispielsweise in Anlehnung des auf Konsens beruhenden „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ – beraten und unterstützen.

Ziel:
Verbesserung der Ernährungssituation der Pflegebedürftigen

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

Evidenz:
Der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen beruht auf starkem Konsens.

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

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

12 www.dnqp.de/38093.html, Zugriff 30.09.2015.

7.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigen ist hochrelevant für den Erhalt körperlicher Leistungen, für die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens und zudem unterstützend in der Prävention zusätzlicher Erkrankungen. Die plausible Vermutung, dass körperliche Aktivität auch zum Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit¹³ und zur Sturzprophylaxe¹⁴ beitragen kann, ist in systematischen Übersichtsarbeiten bisher nicht bestätigt worden. Zur Vorbeugung von Sturzereignissen und Sturzfolgen existiert ein Expertenstandard zur Sturzprophylaxe. Mitte 2016 werden weiterhin die Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Expertenstandards nach § 113a SGB XI zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ vorliegen. Unter Mobilität wird dort in Anlehnung an das fachliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit die körperliche Fähigkeit verstanden, sich über kurze Strecken selbständig fortzubewegen und selbständig Lagerveränderungen des Körpers vorzunehmen. Der Erhalt der Mobilität einzelner Pflegebedürftiger im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses wird als Aufgabe aktivierender Pflege verstanden. Die Prävention gemäß § 5 SGB XI zur Förderung der körperlichen Aktivität ist damit nicht abgedeckt.

13 Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, Smith J, Green J, Hardy J, Burns E, Glidewell E, Greenwood D.C. (2013): Physical rehabilitation for older people in long term care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2: 1-269.

Littbrand H, Stenvall M, Rosendahl E. (2011): Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia. A systematic review. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90, 6: 495-518.

14 Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, van der Elst E, Delbaere K, Cambier D, Denhaerynck K, Go-emaere S, Wertelaers A, Dobbels F, Dejaeger E, Milisen K (2015): Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of the American Geriatrics Society 63: 211-221.
Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. (2012): Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 12: 1-181.

Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, Bewegungsprogramme in Gruppen anzubieten, die progressives Widerstandstraining, funktionelles Training moderater Intensitäten und Gleichgewichtstraining miteinander kombinieren. Pflegebedürftige sollten die Möglichkeit haben, mindestens fünf Mal pro Woche insgesamt 150 Minuten an solchen Angeboten teilzunehmen, die ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und ihrem Bedarf entsprechen.

Ziel:

Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen

Maßnahme:

Anzustreben sind Angebote an Bewegungsprogrammen in Gruppen, in denen fünf Mal pro Woche mit insgesamt 150 Minuten progressives Widerstandstraining mit funktionellem Training moderater Intensität und mit Gleichgewichtstraining kombiniert wird.

Evidenz:

Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass progressives Widerstandstraining, funktionelles Training oder deren Kombination in moderater Intensität eine Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit und der Durchführbarkeit von Aktivitäten des täglichen Lebens bewirken kann.^{15, 16, 17, 18}

Gleichgewichtsübungen können alleine oder in Kombination mit Krafttraining einen positiven Effekt auf die Gleichgewichtsfähigkeit Pflegebedürftiger in der stationären Pflege haben.^{19, 20}

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:

Funktionelle Leistungsfähigkeit, Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens und gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperliche Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden)

15 Valenzuela M (2012): Efficacy of progressive resistance training interventions in older adults in nursing homes: a systematic review. Journal of the American Medical Directors Association 13: 418-428.

16 Littbrand H, Stenvall M, Rosendahl E (2011): Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia. A systematic review. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90, 6: 495-518.

17 Weening-Dijksterhuis E, de Greef MHG, Scherder EJA, Slaets JPJ, van der Schrans CP (2011): Frail institutionalized older persons. A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living and quality-of-life. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90, 2: 156-168.

18 van Malderen L, Mets T, Gorus E (2013): Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: a systematic review. Ageing Research Reviews 12: 141-150.

19 Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, Smith J, Green J, Hardy J, Burns E, Glidewell E, Greenwood D.C. (2013): Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2: 1-269.

20 Weening-Dijksterhuis E, de Greef MHG, Scherder EJA, Slaets JPJ, van der Schrans CP (2011): Frail institutionalized older persons. A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living and quality-of-life. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90, 2: 156-168.

7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen

Aufgrund des hohen Anteils dementiell veränderter Bewohnerinnen und Bewohner und dem generellen Risiko kognitiver Einbußen bei hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Stärkung kognitiver Ressourcen ein relevantes Thema der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. Reines Gedächtnistraining scheint einen geringeren Schutz zu bieten als kognitive Übungen mit komplexeren mentalen Leistungen.²¹

21 Gates NJ, Sachdev PS, Fiatarone Singh MA, Valenzuela M (2011): Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. BMC Geriatrics, 11 (55): 1-14.

- 22 Valenzuela M, Sachdev PS (2009): Can Cognitive Exercise Prevent the Onset of Dementia? Systematic Review of Randomized Clinical Trials with Longitudinal Follow-up. The American Journal of Geriatric Psychiatry 17 (3): 179-187.
- 23 Wang HX, Xu W, Pei JJ (2012): Leisure activities, cognition and dementia. Biochimica et biophysica acta 1822 (3): 482-491.
- 24 Gates NJ, Sachdev PS, Fiatarone Singh MA, Valenzuela M (2011): Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. BMC Geriatrics, 11 (55): 1-14.
- 25 Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M (2012): Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. The Cochrane database of systematic reviews 2: CD005562.

Ziel:
Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen

Maßnahme:
Anzustreben sind Angebote mit kognitiven Aktivitäten zur Stärkung kognitiver Ressourcen an fünf Tagen pro Woche, die sich nicht auf reines Gedächtnistraining beschränken.

Evidenz:
Es liegt geringe bis moderate Evidenz dafür vor, dass sich mentale Aktivität generell fördernd und protektiv auf die kognitive Leistungsfähigkeit^{22, 23}, bei älteren Menschen mit milden kognitiven Einschränkungen²⁴ und bei dementiell veränderten Personen verbessernd²⁵ auf die kognitiven Leistungen auswirken können. Bei dementiell Veränderten sind positive Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität wahrscheinlich.

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, gesundheitsbezogene Lebensqualität (kognitive Leistungsfähigkeit und 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 von bis zu 50 Prozent und von schwerer Depression bei bis zu 20 Prozent der Pflegebedürftigen ausgegangen werden.²⁶

Eine Übersichtsarbeit²⁷ geringer methodischer Qualität kommt zu dem Ergebnis, dass psychosoziale Interventionen zur primären Prävention depressiver Symptome einen schwachen Effekt aufweisen. Soziale Aktivitäten könnten hier besonders erfolgreich sein, allerdings sind zu wenige Studien in die Übersichtsarbeit einbezogen, um eine Empfehlung abgeben zu können. Aus theoretischen Überlegungen lässt sich ableiten, dass die Stärkung von Resilienz und des Empfindens von Kohärenz sinnvolle Ansätze zur universellen Prävention sein könnten. Daraus ergibt sich die Empfehlung, Pflegebedürftigen die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten zu ermöglichen.

Der hohe Anteil von Menschen mit Suchterkrankungen in Pflegeeinrichtungen kann einen Bedarf an Therapie und individueller Prävention sowie eine Optimierung des Medikationsprozesses in der stationären Pflege begründen. Empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe im Sinne des § 5 SGB XI können mangels geeigneter Studien nicht gegeben

26 Wittchen HU, Jacobi F, Klose M und Ryl L (2010): Depressive Erkrankungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, RKI: Berlin.

27 Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K (2011): Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis J Aging Health. 23(3):387-416.

werden. Von Expertinnen und Experten wird hier ebenfalls die Stärkung von Resilienz empfohlen.

Ziel:

Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Stärkung der Resilienz

Maßnahme:

Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozial anerkannten Aktivitäten

Evidenz:

Expertise; es liegen keine methodisch hinreichend guten Übersichtsarbeiten vor.

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)

Anmerkung:

Dieses Ziel kann auch für die Suchtprävention hilfreich sein.

Kooperation mit der jeweiligen Heimaufsicht und dem Träger der Kranken- bzw. Unfallversicherung unterstützt werden.

Während mit partizipativen Ansätzen zur Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen erste Erfahrungen vorliegen²⁹, ist die Erkenntnislage zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen noch unbefriedigend. Eine Übersichtsarbeit zur Gewaltprävention in der Pflege³⁰ 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.^{31,32} Hierzu gehören neben einer Sensibilisierung und regelmäßigen Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

7.5 Prävention von Gewalt

Gewalt gegenüber alten Menschen sind nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation²⁸ 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 durch Pflegebedürftige bedingen sich oft wechselseitig. Die Relevanz des Themas ist unter Expertinnen und Experten unbestritten.

In wenigen Bundesländern (z. B. Hessen) bestehen explizite Verpflichtungen in den Heimgesetzen, Konzepte für gewaltfreie Pflege vorzulegen. Primär sollten Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung geeigneter Konzepte in

29 Müller B (2008): Gute Lösungen in der Pflege II. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Dresden.

30 Meyer G, Abraham J (2013): Gewaltprävention in der Pflege. Übersichtsarbeit zu Voraussetzungen und wirksamen Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum Qualität in der Pflege November 2013. www.zqp.de/upload/content.000/id00148/attachment01.pdf, Zugriff 31.08.2015.

31 Schempp N, Brucker U, Kimmel A (2012): Monitoring in Long-Term Care - Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA Final Report. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf, Zugriff: 08.01.2016.

32 Müller-Hergl C (2011): Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse): Stand der Diskussion [Mai 2011]. Witten: Landesinitiative Demenz-Service NRW, http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/dzd/Downloads/Arbeitspapiere/Gewalt-und-Vernachlaessigung_Elder_Abuse.pdf, Abruf 08.07.2015.

28 WHO (2002): The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. WHO. Genf.

zum Thema auch die Entwicklung und Festlegung von einrichtungsinternen Handlungsleitlinien zum Umgang mit Verdachtsfällen und bei aktuell verübter Gewalt. Übereinstimmend wird auch den Pflegeeinrichtungen empfohlen, eine Beauftragte bzw. einen Beauftragten für Prävention in den stationären Pflegeeinrichtungen vorzusehen, die bzw. der den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Ansprech- und Beratungsinstanz zur Verfügung steht und sie bei dem Ziel unterstützt, Übergriffe und Gewalt zu verhindern.^{33 34}

Ziel:

Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen

Maßnahme:

Partizipative Entwicklung von Konzepten gewaltfreier Pflege

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)

33 Schempp et al. (2012).

34 Siegel M, Gahr B, Mazheika Y, Mennicken R, Ritz-Timme S (2014) Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege: Von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz. Palliativmedizin 2014, 15 (03): PD 335.

8. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen

Die nach § 5 SGB XI von den Pflegekassen erbrachten Leistungen sind durch diese zu dokumentieren. 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 die:

- 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 Prävention und Gesundheitsförderung
- Anzahl der direkt und indirekt (z. B. über Multiplikatoren) erreichten pflegebedürftigen Menschen
- Zielgruppen
- Angaben zur Qualitätssicherung
- Kooperationspartner
- Höhe der verausgabten Mittel

Die Dokumentation erfolgt in der zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene abgestimmten Weise im Onlinesystem des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund bzw. in pflegekasseneigenen Dokumentationssystemen.

Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den trägerübergreifenden Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Nach den Bundesrahmeneempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V beschließen die Träger die erforderlichen Angaben in trägerübergreifend abgestimmter Form. Die Pflegekassen stellen dem GKV-Spitzenverband die erforderlichen Daten und Auskünfte zur Verfügung.

9. 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