



Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 16



Prävention in der ambulanten Pflege





Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 16

Prävention in der ambulanten Pflege
Bestandsaufnahme von zielgruppen-
spezifischen präventiven und gesundheits-
förderlichen Bedarfen, Potenzialen und
Interventionsmaßnahmen

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: +49 30 206288-0
Telefax: +49 30 206288-88
E-Mail: modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Dr. Grit Braeseke (Projektleitung), Nina Lingott, Guido Schiffhorst
IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2020

Fotonachweis: Devonyu/iStockphoto; Photographee.eu/Shutterstock;
Kuzma/iStockphoto

Verlag: CW Haarfeld GmbH, Hürth

ISBN 9783-774-72458-7

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

mit der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft gewinnen auch die Themen Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben der Pflege zunehmend an Bedeutung. Gemeint sind hier Maßnahmen, die darauf abzielen, die funktionale Gesundheit und damit die Selbstständigkeit und Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu stabilisieren und zu verbessern bzw. sogar wiederzuerlangen. Über die Möglichkeiten und die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen speziell für pflegebedürftige Menschen – insbesondere jene, die ambulant versorgt werden – ist bislang jedoch wenig bekannt.



Vor diesem Hintergrund hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung das IGES Institut damit beauftragt, eine „Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege“ vorzunehmen. Vorrangiges Ziel war es, aus der Gruppe der ambulant versorgten Pflegebedürftigen jene zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko haben, dass sich ihre funktionale Gesundheit verschlechtert. Für diese Zielgruppen sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention recherchiert und bewertet werden.

Die nun vorliegende Studie zeigt auf, dass Potenziale für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit und Lebensqualität zu stabilisieren bzw. zu verbessern, grundsätzlich bei allen Pflegebedürftigen bis ins hohe Alter und unabhängig vom Krankheitsbild oder der Art der funktionalen Einschränkung vorhanden sind. Eindeutige Risikogruppen – so ein zentrales Ergebnis der Studie – lassen sich nicht abgrenzen. Ressourcen und Bedarfe für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen seien vielmehr individuell und unter Berücksichtigung persönlicher Merkmale und Lebensumstände zu ermitteln.

Die Autorinnen und der Autor zeigen Ansatzpunkte und konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der ambulanten pflegerischen Versorgung auf. Außerdem identifizieren sie Handlungsfelder, die einer weiteren Bearbeitung bedürfen. Dazu gehören u. a. die individuelle Bedarfsermittlung und der Einsatz darauf abgestimmter Maßnahmen. Nicht zuletzt werden Lösungsvorschläge erarbeitet, die dazu beitragen sollen, Präventionspotenziale zukünftig besser auszuschöpfen.



Gernot Kiefer

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	Inhaltsverzeichnis
Abbildungsverzeichnis	9	
Tabellenverzeichnis	13	
Abkürzungsverzeichnis	15	
1 Hintergrund	17	
2 Zielsetzung des Projektes und Vorgehen	20	
2.1 Vorgehen bei der systematischen Literaturrecherche.....	20	
2.1.1 Suchstrategie und Darstellung der gefundenen Treffer.....	21	
2.1.2 Kriterien für die Auswahl der Studien.....	25	
3 Definitionen grundlegender Fachbegriffe und Konzepte	26	
3.1 Gesundheit und Pflegebedürftigkeit.....	26	
3.1.1 Gesundheit.....	26	
3.1.2 Definition Pflegebedürftigkeit.....	30	
3.1.3 Gebrechlichkeit (Frailty).....	31	
3.2 Gesundheitsförderung und Prävention.....	34	
3.3 Lebensqualität im Alter.....	37	
4 Pflegebedürftige in privaten Haushalten	43	
4.1 Soziodemografische Merkmale.....	43	
4.1.1 Alter.....	43	
4.1.2 Geschlecht.....	44	
4.1.3 Haushaltsgröße und Familienstand.....	45	
4.1.4 Einkommen.....	47	
4.1.5 Bildung.....	48	
4.2 Pflegebedarf und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen.....	50	
4.2.1 Pflegebedarf im ambulanten Setting.....	50	
4.2.2 Leistungen der Pflegeversicherung für die ambulante Versorgung.....	53	
4.2.3 Ergänzende Leistungen für ambulant versorgte Pflegebedürftige.....	53	
4.2.4 Heil- und Hilfsmittel, ärztliche Versorgung.....	56	
4.2.5 Pflegeberatung und Pflege von Personen mit Migrationshintergrund ...	59	

Inhaltsverzeichnis	4.3	Situation und Potenziale pflegender Angehöriger	60
	4.3.1	Zeitaufwand und Tätigkeiten informell Pflegender	61
	4.3.2	Information und Beratung von Angehörigen	64
	4.4	Zusammenfassung zur Charakterisierung von Pflegebedürftigen in privaten Haushalten.....	66
	5	Gesundheitliche Ressourcen und Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf.	69
	5.1	Körpergewicht und Ernährung im Alter	69
	5.2	Bewegung im Alter	76
	5.3	Suchtmittelkonsum im Alter	84
	5.4	Gesundheitskompetenz und -verhalten im Alter	87
	5.5	Gesundheitliche Situation im Alter.....	91
	5.6	Gesundheitliche Situation bei Pflegebedürftigkeit	95
	5.6.1	Geriatritypische Multimorbidität	96
	5.6.2	Bedarfe an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Begutachtung.....	98
	5.6.3	Mundgesundheit	101
	5.7	Fazit zu Ressourcen und gesundheitlichen Risiken im Alter	102
	6	Ergebnisse einer Analyse von MDK-Begutachtungsdaten	105
	6.1	Strukturelle Beschreibung des Datensatzes	105
	6.2	Ethik und Datenschutz.....	111
	6.3	Vorgehen bei der Auswertung der Daten.....	111
	6.4	Ergebnisse der Datenauswertung.....	112
	6.5	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den MDK-Begutachtungsdaten	133
	6.6	Limitationen.....	133
	7	Erkenntnisse zu Präventionspotenzialen aus qualitativen Interviews	135
	7.1	Datenerhebung und Stichprobenbildung	135
	7.2	Ethik und Datenschutz.....	138
	7.3	Inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring.....	138
	7.4	Ergebnisse der Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege	140
	7.5	Ergebnisse der Interviews mit MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern	165
	7.6	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews	186
	7.7	Limitationen.....	188

8	Erkenntnisse zu Zielgruppen mit Blick auf Präventionsbedarfe von pflegebedürftigen Personen.....	190
9	Assessment-Instrumente zur Einschätzung des Präventionsbedarfs	191
9.1	Kognition.....	192
9.2	Körperliche Aktivität	194
9.3	Frailty	195
9.4	Ernährung	197
9.5	Selbstversorgung.....	198
9.6	Depression	199
9.7	Risiko Gewalt	200
9.8	Lebensqualität	204
10	Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen	205
10.1	Personenzentrierung als Leitlinie für die Versorgung	205
10.2	Vorgehen bei der Auswahl und Darstellung geeigneter Interventionen	207
10.2.1	Körperliche Aktivität.....	211
10.2.2	Ernährung.....	219
10.2.3	Kognitive Ressourcen.....	223
10.2.4	Psychosoziale Gesundheit	227
10.2.5	Prävention von Gewalt	230
10.2.6	Suchtprävention	232
10.2.7	Präventiv ausgerichtete Versorgungskonzepte im ambulanten Setting..	236
10.3	Fazit zu Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen	247
11	Erkenntnisse der Untersuchung und Handlungsempfehlungen	252
11.1	Zentrale Erkenntnisse	252
11.2	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	257
	Literaturverzeichnis	260
	Anhang.....	275
A1	Internationale Studien (Interventionen)	276
A2	Nationale Studien (Interventionen)	292

Inhaltsverzeichnis	A3	Interviewleitfäden	296
	A4	Codierschemata	303

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der WHO	27	Abbildungsverzeichnis
Abb. 2: Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit nach der Anzahl an selbst berichteten Erkrankungen (2014, in %)	32	
Abb. 3: Cycle of Frailty	34	
Abb. 4: Gesundheitsförderung und Prävention	35	
Abb. 5: Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention	36	
Abb. 6: General Model of Health Transition (WHO)	38	
Abb. 7: Prozess „Healthy Ageing“ nach WHO 2015	39	
Abb. 8: A public-health framework for Healthy Ageing (WHO 2015)	40	
Abb. 9: Zu Hause versorgte Pflegebedürftige zum 31.12.2017 nach Altersgruppen ..	43	
Abb. 10: Altersstruktur der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, Angabe in %	44	
Abb. 11: Verteilung der Haushaltsnettoeinkommen von Haushalten ohne und mit Pflegebedürftigen in Ost- und Westdeutschland	48	
Abb. 12: Präferenzen für eine häusliche oder stationäre Versorgung, Angabe in % ..	49	
Abb. 13: Anteil der pflegebedürftigen Menschen mit Pflegestufe in Privathaushalten, Angabe in %	50	
Abb. 14: Ergebnisse der Pflegebegutachtungen ambulant (n = 396.419) und stationär (n = 69.963) im ersten Quartal 2018, Anteile in % nach Pflegegraden	51	
Abb. 15: Zu Hause versorgte Pflegebedürftige zum 31.12.2017 nach Pflegegraden	52	
Abb. 16: Selbst finanzierte professionelle Hilfen – Anteil derjenigen, die Hilfen mindestens einmal pro Woche in Anspruch nehmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, Angaben in %)	55	
Abb. 17: Empfehlung von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst, 2016 (%)	57	
Abb. 18: Im Rahmen der Begutachtung vom MDK empfohlene Maßnahmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	58	
Abb. 19: Wöchentlicher Zeitbedarf für informelle Pflege bei ausgewählten Tätigkeiten nach Pflegestufe	63	
Abb. 20: Motive, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, Bevölkerung ab 50 Jahre	65	
Abb. 21: Physiologische Veränderungen im Alter mit Bedeutung für die Ernährung	70	
Abb. 22: Teufelskreis der Mangelernährung nach Volkert 2004	72	
Abb. 23: Darstellung von Unter- und Übergewicht nach Altersgruppen im Zeitverlauf, Angabe in % (2009: n = 50.673; 2013: n = 47.097; 2017: n = 45.547)	74	
Abb. 24: Über-/Untergewicht kranker Personen ab 65 Jahren im Verlauf, Angabe in % (2009: n = 7.529; 2013: n = 7.753; 2017: n = 7.256)	75	
Abb. 25: Sportliche Aktivität nach Alter, Geschlecht und Bildung (DEAS 2014) (n = 5.998)	77	

Abb. 26: Sportliche Aktivität nach Alter (DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014) (1996: n = 4.832, 2002: n = 3.076, 2008: n = 6.202, 2014: n = 5.998).....	77
Abb. 27: Körperliche Aktivität nach Alter 2012, Angaben in % (n = 26.520).....	78
Abb. 28: Körperliche Aktivität > 2,5 h/Woche nach Alter und Geschlecht 2017, Angabe in % (aufgerundet) (n = 24.824).....	79
Abb. 29: Sportliche Aktivität nach Alter und Geschlecht in Berlin (2006), Angabe in % (n = 8.845).....	79
Abb. 30: Sportformen nach Alter in Berlin 2006, Angaben in % (n ≈ 4.000).....	80
Abb. 31: Sportthemenfeld Ausdauer nach Alter und Geschlecht in Berlin 2006, Angabe in %, (n = 8.845).....	81
Abb. 32: Sportthemenfeld Fitness (Gesundheitsaspekt im Vordergrund) nach Alter und Geschlecht in Berlin 2006, Angabe in % (n = 8.845).....	82
Abb. 33: Sportthemenfeld Tanzen, Turnen nach Alter und Geschlecht in Berlin 2006, Angabe in % (n = 8.845).....	83
Abb. 34: Funktionelle Einschränkungen bei Personen ab 65 Jahren nach Geschlecht im Rahmen der OMAHA-Studie, Angaben in % (n = 299).....	84
Abb. 35: Tabakkonsum nach Alter, Geschlecht und Bildung (DEAS 2014) (n = 4.250).....	85
Abb. 36: Tabakkonsum nach Alter und Geschlecht 2017, Angabe in % (aufgerundet) (n = 24.824).....	86
Abb. 37: Täglicher Alkoholkonsum nach Alter, Geschlecht und Bildung (DEAS 2014) (n = 4.221).....	86
Abb. 38: Health-Literacy-Niveau und Alter, Angabe in % (15 - 29 Jahre: n = 376, 30 - 45 Jahre: n = 490, 46 - 64 Jahre: n = 619, >65 Jahre: n = 462).....	88
Abb. 39: Health-Literacy-Niveau und Bildungsgrad, Angabe in % (niedrige Bildung: n = 648, mittlere Bildung: n = 950, hohe Bildung: n = 339).....	89
Abb. 40: Health-Literacy-Niveau und Erkrankung, Angabe in % (mit chronischer Erkrankung: n = 489, ohne chronische Erkrankung: n = 1.450).....	90
Abb. 41: Wahrnehmung primärpräventiver Maßnahmen nach Altersgruppen (DEAS 2014) (Gripeschutzimpfung: n = 4.181, Krebsvorsorgeuntersuchung: n = 4.144, Gesundheits-Check-up: n = 4.158).....	90
Abb. 42: Prävalenz von Gesundheitsproblemen bei Frauen ab 75 Jahren, Angabe in %.....	92
Abb. 43: Prävalenz von Gesundheitsproblemen bei Männern ab 75 Jahren, Angabe in %.....	93
Abb. 44: Entwicklung von körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter.....	94
Abb. 45: Erstmaliges Auftreten von Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016 (Anzahl Personen).....	95
Abb. 46: Berechnungs- und Bewertungsregeln zur Ermittlung der Pflegegrade aus den Begutachtungs-Richtlinien (BRi).....	107

Abb. 47: Formulare für Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen.....	108	Abbildungsverzeichnis
Abb. 48: Rückmeldung an die Pflegekasse hinsichtlich der Präventionsempfehlungen	109	
Abb. 49: Zusammensetzung der Stichprobe (STP) nach Altersgruppen (n = 107.986)	112	
Abb. 50: Altersgruppen der Stichprobe (STP) in Bezug zur Grundgesamtheit (GG) der Pflegebedürftigen 2016 (Schneekloth et al. 2017)	113	
Abb. 51: Fälle nach Pflegegraden der STP in Bezug zu Fällen des MDS im 1. Quartal 2018.....	114	
Abb. 52: Fälle nach Krankheitsgruppen (n = 107.986).....	115	
Abb. 53: Anteil mit Präventionsempfehlung (n = 16.382) nach Altersgruppen.....	117	
Abb. 54: Anteil mit Präventionsempfehlung (n = 16.382) nach Pflegegrad	117	
Abb. 55: Anzahl der Präventionsempfehlungen (n = 16.382)	118	
Abb. 56: Anteil mit Präventionsempfehlung je ICD-Gruppe.....	119	
Abb. 57: Fälle mit Präventionsempfehlung (n = 16.382) nach ICD	120	
Abb. 58: Art der Präventionsempfehlungen	122	
Abb. 59: Präventionsempfehlungen nach Art und Alter.....	122	
Abb. 60: Präventionsempfehlungen nach Art und Pflegegrad	123	
Abb. 61: Art der Präventionsempfehlungen nach Verteilung auf Diagnosegruppen.	124	
Abb. 62: Keine vs. eine Präventionsempfehlung und Modulpunkte	125	
Abb. 63: Präventionsempfehlungen nach Art und durchschnittliche Modulpunkte.	126	
Abb. 64: Entscheidungsbaum für mind. eine Präventionsempfehlung.....	128	
Abb. 65: Entscheidungsbaum Präventionsempfehlungen Kognition/Kommunikation, Psyche	130	
Abb. 66: Sieben Hauptkategorien der Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflegedienste	140	
Abb. 67: Übersicht zur Kategorie Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege.....	141	
Abb. 68: Übersicht zur Kategorie Potenziale und Förderfaktoren bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege.....	142	
Abb. 69: Übersicht zur Kategorie Herausforderungen und Barrieren bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege.....	150	
Abb. 70: Übersicht zur Kategorie Assessments bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege.....	158	
Abb. 71: Übersicht zur Kategorie Interventionen bei den Vertretern ambulanter Pflege	160	
Abb. 72: Übersicht zu Wünschen der Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflege	164	
Abb. 73: Sechs Hauptkategorien in den Interviews mit MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern.....	165	

Abb. 74: Übersicht zur Kategorie Gesundheitsförderung und Prävention bei den MDK-Gutachterinnen und Gutachtern	167
Abb. 75: Übersicht zur Kategorie Präventionsempfehlungen bei den MDK-Gutachterinnen und Gutachtern.....	169
Abb. 76: Übersicht zur Kategorie Potenziale und Förderfaktoren bei MDK-Gutachterinnen und Gutachtern.....	177
Abb. 77: Übersicht zur Kategorie Herausforderungen und Barrieren bei MDK-Gutachterinnen und -gutachtern.....	180
Abb. 78: Übersicht zu Wünschen der MDK-Gutachterinnen und Gutachter	185
Abb. 79: Assessment-Instrumente zur Einschätzung der Kognition	192
Abb. 80: Assessment-Instrumente zur Einschätzung körperlicher Aktivität	194
Abb. 81: Fragebogen zur Klassifizierung der LUCAS-I-Marker	196
Abb. 82: Assessment-Instrumente zur Einschätzung des Ernährungsstatus	197
Abb. 83: Assessment-Instrumente zur Einschätzung der Selbstversorgung	198
Abb. 84: Assessment-Instrumente zur Feststellung einer Depression.....	199
Abb. 85: Assessment-Instrumente zur Risikobeurteilung von Gewalt.....	200
Abb. 86: Ablauf des PURFAM-Assessments	201
Abb. 87: Klassifikation der vier Typen von Misshandlungs-/Vernachlässigungsfällen in Pflegebeziehungen.....	202
Abb. 88: Assessment-Instrumente zur Bewertung von Lebensqualität	204
Abb. 89: Vier Kernkompetenzen der Alltagsbewältigung	215
Abb. 90: Multidimensionales Konzept von Mobilität.....	218
Abb. 91: Zielgruppen für präventive zahnärztliche Leistungen im Konzept „Mundgesund trotz Handicap im Alter“	222
Abb. 92: Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten in der DeTaMAKS-Intervention ...	226
Abb. 93: PURFAM-Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht.....	230
Abb. 94: Ablaufplan bei Verdacht auf einen problematischen Alkoholkonsum	233
Abb. 95: Ablaufplan bei Verdacht auf einen Missbrauch von Psychopharmaka	233
Abb. 96: „Stay active at home“-Programm.....	244

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Dokumentation der Suchstrategie mit Trefferanzahl der systematischen Recherche in PubMed (29.03.2018)	23	Tabellenverzeichnis
Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien für den Selektionsprozess	23	
Tab. 3: Dokumentation der Suchstrategie der systematischen Recherche in Google (Januar bis Dezember 2018)	24	
Tab. 4: Kontextfaktoren der ICF, die sowohl fördernd als auch hemmend auf die funktionale Gesundheit wirken können	29	
Tab. 5: Altersstruktur pflegebedürftiger Frauen und Männer, Angabe in %.....	44	
Tab. 6: Haushaltsgröße und Familienstand Pflegebedürftiger in Privathaushalten nach Alter, Angaben in %	46	
Tab. 7: Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Ost- und Westdeutschland, Angaben in %.....	47	
Tab. 8: Zeitaufwendungen der Hauptpflegeperson nach Tätigkeitsbereichen und nach Pflegestufen in Stunden pro Woche (Mittelwert)	62	
Tab. 9: Zeitaufwendungen informeller Helferinnen und Helfer in Stunden pro Woche (Mittelwert)	63	
Tab. 10: Ursachen altersbedingter Mangelernährung nach Bisalski 2010.....	71	
Tab. 11: Häufigste pflegebegründende Diagnosen/Merkmal Komplexe bei Pflegebedürftigen nach Altersgruppen (Rang 1-3).....	97	
Tab. 12: Häufigste Diagnosen/Merkmale bei erstmaliger und fortdauernder Pflegebedürftigkeit und ambulanter Versorgung (Rang 1-3), nach Altersgruppen.....	98	
Tab. 13: Systematik der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten aus der ICD-10-GM Version 2018	106	
Tab. 14: TOP 10 Einzeldiagnosen	116	
Tab. 15: Zehn Einzeldiagnosen mit höchstem Anteil an Präventionsempfehlungen	121	
Tab. 16: Übersicht über die Interviewgruppen, Anzahl und durchschnittliche Dauer der Interviews	136	
Tab. 17: Auswertung der LUCAS-I-Marker nach Dapp et al. 2012.....	196	
Tab. 18: Unterschiede zwischen Patient/Person-centered und Person-directed Care	207	
Tab. 19: Good-Practice-Kriterien für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention.....	209	
Tab. 20: Übersicht der Studien nach Bereich	211	
Tab. 21: Qualitätsbewertung des „OTAGO Exercise Program“	213	
Tab. 22: Qualitätsbewertung von „Sicher zu Hause bewegen“	214	
Tab. 23: Qualitätsbewertung des Projekts „MoSi“	214	
Tab. 24: Qualitätsbewertung des Programms „Fit im Alltag und aktiv gegen Stürze“	215	
Tab. 25: Qualitätsbewertung des Bewegungsprogramms für Hochaltrige	216	
Tab. 26: Qualitätsbewertung des Programms „Daheim Aktiv“	217	

Tabellenverzeichnis	Tab. 27: Qualitätsbewertung der „Pflegesprechstunden“	218
	Tab. 28: Qualitätsbewertung des Konzepts „Mundgesund trotz Handicap im Alter“	222
	Tab. 29: Qualitätsbewertung zu dem Projekt „SimA®“	224
	Tab. 30: Qualitätsbewertung zu dem Projekt „DeTaMaks“	227
	Tab. 31: Qualitätsbewertung zu dem Projekt „MAG1“	228
	Tab. 32: Qualitätsbewertung „Fit für den ÖPNV“	228
	Tab. 33: Qualitätsbewertung „Nurse-led health promotion“	229
	Tab. 34: Qualitätsbewertung „Kriseninterventionsprogramm bei Demenz“	229
	Tab. 35: Qualitätsbewertung des Projekts „PURFAM“	231
	Tab. 36: Qualitätsbewertung „Psychologische Onlineberatung für pflegende Angehörige“	232
	Tab. 37: Qualitätsbewertung des Ratgebers „Sucht im Alter“	235
	Tab. 38: Qualitätsbewertung des Projekts „DESKK“	238
	Tab. 39: Qualitätsbewertung des Projekts „Healthy Moves for Aging Well“	238
	Tab. 40: Qualitätsbewertung des Projekts „Home-based health promotion“	239
	Tab. 41: Demografische Daten der ersten 100 Teilnehmenden an CAPABLE.....	241
	Tab. 42: Qualitative Bewertung des Programms CAPABLE (USA)	242
	Tab. 43: Qualitätsbewertung der Intervention „Public telesurveillance service“	243
	Tab. 44: Qualitätsbewertung des Projekts „Stay Active at home“	245
	Tab. 45: Vergleich der Patientenedukation mit der Förderung und Anleitung zum Selbstmanagement	246
	Tab. 46: Übersicht der „guten Beispiele“ für präventive/gesundheitsförderliche Interventionen mit den Ergebnissen der Qualitätsbewertung.....	251
	Tab. 47: Körperliche Aktivität und Mobilität.....	278
	Tab. 48: Psychosoziale Gesundheit.....	279
	Tab. 49: Kognition	281
	Tab. 50: Setting ambulante Versorgung in der Häuslichkeit	291
	Tab. 51: Prävention von Gewalt.....	292
	Tab. 52: Setting: ambulante Versorgung in der Häuslichkeit	295
	Tab. 53: Codierschema Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflege.....	304
	Tab. 54: Codierschema MDK.....	305

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living, Alltagsaktivitäten
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BASE	Brief Abuse Screen for the Elderly
BIZA-D-PV	Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CDSME	Chronic Disease Self-Management Education
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DESKK	Demenzspezifisches Kurzzeitpflegekonzept
DeTaMAKS	Nichtmedikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMS V	Deutsche Mundgesundheitsstudie, 5. Auflage
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
Easi Vima	Elder Abuse Suspicion Index/Verdachtsindex Misshandlung im Alter
EP	Einzelpunkte (in den sechs Modulen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit)
EQ5D	Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität
FIM	Funktionaler Selbstmanagementindex
fQOL	Family Quality of Life Scale
GBE Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GDS	Geriatric Depression Scale
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GtM	Geriatritypische Multimorbidität
HAI	Health Care-Associated Infections
HCA	Health Care Aid
HRQOL	Health-Related Quality of Life
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IOA	Indicators of Abuse Screen
kA	Körperliche Aktivität
LQ	Lebensqualität

Abkürzungs-
verzeichnis

Abkürzungs-	MAG1	Mannheim gegen Einsamkeit
verzeichnis	MCI	Mild Cognitive Impairment
	MDC	Major Diagnostic Categories - Hauptdiagnosegruppen
	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
	MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
	MMSE/MMST	Mini Mental Status Examination/Test
	MNA	Mini Nutritional Assessment
	MoCa	Montreal-Cognitive-Assessment
	MoSi	Mobilität und Sicherheit im Alter
	NVS	Nationale Verzehrstudie
	ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
	PDC	Person-directed care
	PHB	Präventiver Hausbesuch
	PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012)
	PURFAM	Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen
	QUALY	Quality-Adjusted Life Year
	RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
	RKI	Robert Koch-Institut
	SGB	Sozialgesetzbuch
	SPPB	Short Physical Performance Battery
	SPV	Soziale Pflegeversicherung
	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
	UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
	WHO	World Health Organization
	WHO-5	Well-being index
	WICM	Walcheren Integrated Care Model
	ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Hintergrund

Ende des Jahres 2017 waren in Deutschland laut amtlicher Statistik 3,4 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Der weitaus größte Anteil dieser Gruppe mit 85 % ist 60 Jahre und älter (Bundesamt 2018a) (Schwinger et al. 2017). Aktuelle Berechnungen zufolge wird jeder zweite Mann und jede dritte Frau im Lebensverlauf pflegebedürftig. Das Alter ist hierfür die einflussreichste Determinante, denn das Risiko einer Pflegebedürftigkeit erhöht sich mit zunehmendem Alter. Sind in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen nur ca. 3,5 % von Pflegebedürftigkeit betroffen, sind es bei den über 90-Jährigen mehr als 60 % (Blüher et al. 2017).

Etwa drei Viertel der Pflegebedürftigen in Deutschland werden zu Hause betreut. Über die Hälfte aller Pflegebedürftigen werden ohne professionelle Hilfe ausschließlich durch Angehörige oder nahestehende Personen versorgt, jeweils ein Viertel wird von ambulanten Pflegediensten bzw. stationär in Pflegeheimen gepflegt (Schwinger et al. 2017, S. 1).

Mit der steigenden Anzahl alter und hochaltriger Menschen in unserer Gesellschaft rücken neben Versorgungsfragen auch zunehmend Fragen, die sich mit den Potenzialen zur Verbesserung der Gesundheit im Alter befassen, in den Mittelpunkt des Interesses (Stichwort gesunde Lebensjahre). Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wurden in der Vergangenheit primär für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im erwerbsfähigen Alter konzipiert und umgesetzt. Mittlerweile ist bekannt, dass es auch im höheren Alter noch erhebliche Präventions- und Rehabilitationspotenziale gibt.

„Für viele physiologische Alterungsprozesse, die eine hohe so genannte Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) aufweisen, besteht die Möglichkeit, den Alterungsprozess durch entsprechende Verhaltens-, Lebensweisen und Übungsprogramme hinauszuschieben“ (Walter 2001).

Allerdings sind für diese Altersgruppe die Präventionsziele anders zu definieren als für die jüngeren Kohorten: Da ältere Menschen häufig bereits chronische Erkrankungen und/oder funktionale Einschränkungen haben, gilt es im Sinne der Tertiärprävention einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen bzw. eine solche hinauszuzögern. Weiterhin rücken infolge der Funktionsbeeinträchtigungen Ziele wie die Förderung der Teilhabe und die Verbesserung der Lebensqualität in den Vordergrund. Hier können Maßnahmen der Gesundheitsförderung ansetzen, indem die Betroffenen durch Information, Aufklärung und Edukation eine bessere Selbstmanagementfähigkeit erwerben und dadurch die Krankheitsbewältigung im Alltag besser gelingt.

Aber auch Maßnahmen im Sinne der Primärprävention zur Vorbeugung von Erkrankungen, wie Impfungen, Aufklärung und Information über altersspezifische Risikofaktoren, sind bei älteren Menschen zielführend. Gleichfalls können durch sekundär-

präventive Maßnahmen wie frühdiagnostische Untersuchungen Risiken erkannt und ihnen rechtzeitig entgegengewirkt werden. Die Darmkrebsvorsorge durch regelmäßige Darmspiegelungen ist nur ein Beispiel zur Verhinderung der Entstehung von weiteren akuten oder chronischen Krankheiten im Alter. Somit ergeben sich auch für ältere und hochaltrige Menschen auf allen Gebieten der Prävention und Gesundheitsförderung Potenziale, die im Rahmen dieser Untersuchung näher betrachtet wurden.

Wie die Diskussion um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gezeigt hat, steht bei pflegebedürftigen Personen nunmehr bereits dezidiert der Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person als pflegerisches Versorgungsziel im Vordergrund: Selbstständigkeit im Alter ist Voraussetzung für einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit – und dies ist für die meisten Älteren die bevorzugte Lebensform.

Auch aus Sicht einer effizienten Gesundheitsversorgung stellt eine weitestgehend ambulant erbrachte Leistung ein wirtschaftliches Potenzial dar. Dabei geht es um die Vermeidung von stationären Aufnahmen – sowohl ins Krankenhaus zur Akutversorgung als auch in ein Pflegeheim. „In diesem Zusammenhang spielen insbesondere die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, aber auch effektive Akutbehandlungen, Früherkennung und sonstige Primärprävention durch Verhaltensempfehlungen eine Rolle“ (SVR 2018, S. 162).

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass in der Altersgruppe der über 80-Jährigen ein enger Zusammenhang zwischen der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (z. B. Trinken, An- und Ausziehen) und dem Älterwerden in der eigenen Wohnung besteht und dass Unabhängigkeit sowohl einen hohen Stellenwert genießt als auch das Selbstwertgefühl stärkt (Eklund et al. 2013).

Bereits im Rahmen der Begutachtung der sozialen Pflegeversicherung werden personenbezogene Potenziale und Ansatzpunkte für präventive und medizinisch-rehabilitative Maßnahmen von den MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern ermittelt. Rehabilitation ist eine der wesentlichen Maßnahmen der tertiären Prävention. Seit 2013 gibt es eine Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zur Entwicklung der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen. Den Berichten ist zu entnehmen, dass die Quote der Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebedürftigen bzw. Antragstellerinnen und Antragstellern jährlich angestiegen ist (von 0,4 % im Jahr 2013 auf 1,1 % im Jahr 2015). Allerdings münden nicht alle Rehabilitationsempfehlungen in einem Reha-Antrag – 2015 gaben nur 49 % der Versicherten dazu ihre Einwilligung. Das zeigt, dass auf Experteneinschätzung fußende Rehabilitations- bzw. Präventionspotenziale noch nicht unmittelbar auf den Präventionsbedarf schließen lassen.

Entsprechend dem gesetzlich vorgegebenen Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation gem. § 5 SGB XI haben Pflegekassen und weitere Leistungsträger „auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“. Auch sind sie dazu aufgefordert, sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis f zu beteiligen (§ 5 SGB XI, Abs. 5). Um diesem Auftrag gerecht zu werden, bedarf es evidenzbasierter Erkenntnisse zur Wirksamkeit präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Allgemeinen und spezifischen Risikogruppen im Besonderen. Eine entsprechende Bestandsaufnahme war Gegenstand dieser Untersuchung.

2 Zielsetzung des Projektes und Vorgehen

Zielsetzung des Projektes und Vorgehen

Ziel der Studie war es, zu ermitteln, welche Präventionspotenziale es bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen prinzipiell bzw. ggf. für bestimmte Teilpopulationen gibt, welche konkreten Präventionsbedarfe sich daraus ableiten lassen, ob geeignete Interventionsmaßnahmen bereits erfolgreich erprobt wurden und wenn ja, welche.

Das methodische Vorgehen beinhaltete im Wesentlichen systematische Literaturrecherchen und -analysen (international und national) sowie die Auswertung von Sekundärdaten des MDK und der Krankenkassen. Ergänzend wurden Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulanten Pflege geführt. Ein Expertenworkshop mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft und der Kranken- und Pflegekassen einschließlich des MDK wurde vor der Fertigstellung des Endberichtes durchgeführt, um die vorläufigen Erkenntnisse der Untersuchungen zu reflektieren und noch ergänzende Hinweise aufzunehmen.

Zentrale Forschungsfragen für das Vorgehen waren:

- Welche unterschiedlichen Risikogruppen, also Personen mit einem erhöhten Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustands bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit, können identifiziert werden (u. a. Berücksichtigung unterschiedlicher funktionaler Einschränkungen und verschiedener Lebensumstände (sozioökonomischer Status)?
- Welche Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenziale lassen sich in den verschiedenen Zielgruppen identifizieren? Welche konkreten Bedarfe lassen sich daraus ableiten?
- Wie können die verschiedenen Zielgruppen erreicht werden (Identifizierung von Zugängen/Zugangsstrategien)?
- Welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gibt es für bestimmte Zielgruppen in der ambulanten Pflege und inwiefern sind diese wirksam und ggf. auch wirtschaftlich?
- Inwieweit lassen sich internationale Erkenntnisse auf deutsche Rahmenbedingungen übertragen?

2.1 Vorgehen bei der systematischen Literaturrecherche

Für einen Überblick zum Themenfeld Prävention im Alter wurde der Einstieg zunächst über die systematische Literaturrecherche via PubMed-Datenbank gewählt. Dadurch konnte ein erster Gesamteindruck der aktuellen Studienlage im internationalen und nationalen Raum geschaffen werden. Schnell wurde festgestellt, dass sich das Verständnis von Versorgung bei Pflegebedürftigkeit international wesentlich von der deutschen Herangehensweise unterscheidet. Dies ist vor allem auf die sozialrechtliche Tren-

nung von Gesundheitsversorgung und Pflege hierzulande zurückzuführen. Um gezielter auch die vorliegenden Erkenntnisse aus dem nationalen Kontext zu identifizieren, erfolgte eine vertiefende Handrecherche nach „grauer Literatur“. Eingeschlossen in diese Recherche wurden aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen, die das Setting ambulante Pflege (mit und ohne professionelle Dienste) in Deutschland unter dem Aspekt von Gesundheitsförderung und Prävention adressierten. Die Auswahl der Fachartikel, Berichte und Studien repräsentiert den neuesten Forschungsstand im Zusammenhang mit der Thematik. Es finden sich darunter Autorinnen und Autoren, Institutionen und Organisationen, deren Forschungsarbeiten wesentlich zum aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand hinsichtlich der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland beitragen. Dazu gehören u. a. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Robert Koch-Institut (RKI), das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) und das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). International bietet vor allem der Bericht „World Report on Ageing and Health“ der WHO (2015) einen guten Überblick zu den Zusammenhängen und Einflussfaktoren eines „gesunden Alterns“.

Zunächst soll die Suchstrategie in der Datenbank PubMed und anschließend das Vorgehen bei der Recherche nach grauer Literatur erläutert werden. Die identifizierten Studien sind nach internationalem und nationalem Raum geclustert dargestellt. Da die informelle Pflege im Rahmen der gefundenen Studien große Bedeutung einnimmt, werden auch diese Ergebnisse kurz skizziert.

2.1.1 Suchstrategie und Darstellung der gefundenen Treffer

Es wurde eine systematische Literaturrecherche zur Identifikation von Präventionspotenzialen bei pflegebedürftigen Personen, die im ambulanten Setting - in der eigenen Häuslichkeit - leben, in der wissenschaftlichen Literaturdatenbank PubMed durchgeführt.

Die Entwicklung des Suchstrings orientierte sich an dem PICO-Schema (Patient, Intervention/Comparison, Outcome). Die Literatursuche erfolgte ohne Einschränkung der Studienpopulation auf bestimmte Länder bzw. Regionen. Es wurden Publikationen der zurückliegenden 20 Jahre einbezogen, die in deutscher und englischer Sprache vorlagen.

Tabelle 1 dokumentiert die Suche in der Literaturdatenbank PubMed, welche am 29.03.2018 durchgeführt wurde.

Zielsetzung
des Projektes
und Vorgehen

	Suchbegriff	Treffer
Population		
#1	Long-term care[mesh] NOT inpatient	23.628
#2	independent living[mesh]	3.017
#3	Home health nursing[mesh]	199
#4	ambulatory care[mesh:NoExp] NOT (clinics OR urgent OR acute)	43.410
#5	home nursing[mesh]	9.116
#6	"care needs"	10.361
#7	community-dwelling[tiab]	18.355
#8	home care[tiab]	16.824
#9	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	119.229
Intervention		
#10	prevention[tiab]	487.469
#11	health promotion[mesh:NoExp]	65.585
#12	caregiver*[tiab]	49.918
#13	counseling[tiab]	58.396
#14	Patient education as topic[mesh:NoExp]	79.121
#15	empower*[tiab]	20.167
#16	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	722.523
Verknüpfung: Population und Intervention		
#17	#9 AND #16	13.556
Outcome		
#18	self-management[tiab]	14.396
#19	quality of life[mesh]	159.318
#20	social participation[mesh]	1.569
#21	independence[tiab]	35.450
#22	delay hospital admissions	524
#23	reduc* costs[tiab]	59.143
#24	maintain* health[tiab]	44.792
#25	well-being[tiab]	60.211
#26	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25	127.482
Verknüpfung: (Population und Intervention) und Outcome		
#27	#17 AND #26	1.032

Suchbegriff	Treffer
Limits	
Human	919
Sprache: Englisch und Deutsch	878
Zeitraum: zurückliegende 20 Jahre	748

Tab. 1: Dokumentation der Suchstrategie mit Trefferanzahl der systematischen Recherche in PubMed (29.03.2018)

Im Anschluss an die systematische Recherche erfolgte ein mehrstufiger Filterungsprozess der 748 identifizierten Publikationen nach zuvor festgelegten Ein- bzw. Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 2). Eingeschlossen wurden Publikationen, die Populationen gemäß der zugrundeliegenden Fragestellung dieses Projektes untersuchten (vgl. E1). Publikationen, die Menschen ohne Pflegebedarf adressierten, wurden nicht berücksichtigt. Dies gilt auch für eine mögliche Bedrohung von Pflegebedürftigkeit (siehe A1). Eine weitere Voraussetzung zur Berücksichtigung der Publikation war das Versorgungssetting, was primär die eigene Häuslichkeit betraf (siehe E2). Veröffentlichungen, die Populationen ausschließlich im stationären Setting betrachteten, wie Krankenhaus (Notaufnahme) oder Altenheim, wurden daher nicht eingeschlossen (siehe A2). Schließlich wurden nur Publikationen berücksichtigt, die auf Englisch oder Deutsch vorlagen (siehe E3 und A3).

Einschlusskriterium		Ausschlusskriterium	
E1	Menschen, die einen Pflegebedarf haben; pflegende Angehörige	A1	Menschen im ambulanten Setting ohne Pflegebedarf
E2	Ambulantes Setting; eigene Häuslichkeit	A2	Setting Krankenhaus oder Heim, stationäre Wohneinrichtung
E3	Publikation auf Deutsch oder Englisch verfügbar	A3	Publikation in anderer Sprache verfügbar

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien für den Selektionsprozess

Weitere nationale und internationale Publikationen konnten als sog. graue Literatur per Handrecherche über die Suchmaschine Google identifiziert werden. Folgende Tabelle 3 zeigt die Suchstrategie der Handrecherche auf.

Zielsetzung
des Projektes
und Vorgehen

Suchbegriff	
Prävention	
#1	UND Ambulante Pflege
#2	UND Pflegebedürftig UND häusliches Umfeld
Gesundheitsförderung	
#3	UND häusliches Setting
#4	#3 UND pflegebedürftig
#5	UND Ambulante Pflege
Home care	
#6	AND health promotion
#7	#6 AND interventions
#8	#6 AND prevention
#9	AND prevention
Prevention	
#10	AND home AND health care
#11	AND home health nursing AND self-management
Health promotion	
#12	AND domestic care clients
#13	AND domestic setting
#14	AND ambulatory care AND well-being
#15	AND home health nursing AND community-dwelling

Tab. 3: Dokumentation der Suchstrategie der systematischen Recherche in Google (Januar bis Dezember 2018)

Im fachlichen Austausch über die Thematik wurde Mitte Dezember 2018 festgestellt, dass der englische Begriff „Care dependency“ nicht in die Recherche einbezogen worden war. Care dependency kann im Sinne des deutschen Begriffs „Pflegebedürftigkeit“ verwendet werden, was u. a. Schnitzer et al. 2017, Nüchtern et al. 2017, Buss et al. 2016 und Riedel 2015 auch tun (Schnitzer et al. 2017; Nüchtern et al. 2017; Buss et al. 2016; Riedel 2015). Es erfolgte daraufhin eine Nachrecherche bei PubMed, die weitere 84 Artikel als Treffer anzeigte, von denen jedoch keiner als relevant für die Bearbeitung der Thematik eingestuft werden konnte, da präventive und gesundheitsförderliche Aspekte darin nicht explizit untersucht worden sind.

2.1.2 Kriterien für die Auswahl der Studien

Eine Filterung der Publikationen erfolgte anhand der Abstracts. Folgende Kriterien wurden dabei zugrunde gelegt:

- Abgeschlossene Studie
- Studie beinhaltet die Thematik Pflegebedürftigkeit auch im Sinne von Gebrechlichkeit
- Fokussiert nicht ausschließlich die pflegenden Angehörigen

Die ausgewählten Publikationen werden anhand folgender Merkmale zielgruppenspezifisch kurz beschrieben:

- Angesprochene Zielgruppe
- Ziel der Studie
- Intervention (Maßnahme der Gesundheitsförderung/Prävention)
- Nutzung von Assessments
- Ergebnisse, Nutzen, Outcome

Eine geschlechtsspezifische Gruppierung konnte nicht vorgenommen werden, da sich aus der Recherche heraus dafür keine Anhaltspunkte ergaben. Auch eine altersspezifische Gruppierung war nicht möglich, da die Studien häufig ältere Menschen allgemein adressieren, ohne ein genaues Lebensalter zu bestimmen. Wenn in Studien Altersbeschränkungen angegeben werden, so wird eine Zeitspanne ab einem bestimmten Lebensjahr zugrunde gelegt. Dies fand häufig in Zusammenhang mit anderen ermittelten Merkmalen statt.

Die Ergebnisse beider Recherchen (PubMed- und Handrecherche) werden in den Kapiteln 4 und 5 sowie 8 bis 10 dargestellt, ergänzend im Anhang A1 und A2.

3 Definitionen grundlegender Fachbegriffe und Konzepte

Definitionen
grundlegender
Fachbegriffe und
Konzepte

In diesem Kapitel werden zunächst die für diese Untersuchung grundlegenden Begrifflichkeiten erläutert, da es für einige in der Fachliteratur unterschiedliche Konzepte und Operationalisierungen gibt. Dabei geht es insbesondere um die Definition von Gesundheit und Krankheit sowie von Gesundheitsförderung, Prävention und Lebensqualität im Alter und den Nutzen für das Individuum in der Bewältigung des Alltags im häuslichen Setting. Die Studienergebnisse und Ausführungen in den nachfolgenden Kapiteln basieren auf dem hier dargelegten Verständnis der Konzepte rund um Gesundheit im Alter.

3.1 Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

3.1.1 Gesundheit

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 2014) (Verfassung der WHO 1946).

Diese Definition verdeutlicht, dass Gesundheit ein mehrdimensionales Konstrukt ist. Es geht dabei nicht nur um (medizinisch feststellbare) Veränderungen körperlicher Faktoren. Auch die konkrete Lebenssituation und die sozialen Beziehungen spielen für das Wohlergehen eines Individuums eine entscheidende Rolle. Allerdings ist diese enge Definition von Gesundheit angesichts der demografischen Entwicklung und des Morbiditätsspektrums der Bevölkerung zunehmend ungeeignet. Die WHO hat daher in ihrem World report in ageing and health 2015 mit Blick auf die Gruppe der Älteren, Gesundheit definiert als „fundamental and holistic attribute that enables older people to achieve the things that are important to them“ (WHO 2015, S. 27). Darüber hinaus betrachtet sie Gesundheit im Alter als dynamischen Prozess, in dem kleine Veränderungen der Ressourcen oder der Umwelt langfristig große Wirkungen entfalten können.

In diesem Zusammenhang ist der Begriff der funktionalen Gesundheit und das zugrundeliegende biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) von besonderer Bedeutung, das im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet wurde (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005).

Die funktionale Gesundheit betrachtet nicht nur die Beeinträchtigung von Körperfunktionen (physiologisch und psychologisch) und -strukturen (anatamisch) durch Krankheiten und Schäden (Gesundheit im engeren Sinn), sondern auch die damit unter Umständen einhergehenden Probleme bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten und bei der Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (siehe Abbildung 1).

Eine Krankheit oder körperliche Beeinträchtigung, die nicht mit einer Einschränkung bei den normalen alltäglichen Aktivitäten oder der Partizipation einhergeht, stellt auch keine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit dar. Umgekehrt gilt, dass Einschränkungen bei der Durchführung von Aktivitäten oder bei der sozialen Teilhabe nur dann als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit eingestuft werden, wenn sie krankheitsbedingt sind (eine Schädigung der Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen ist ursächlich).

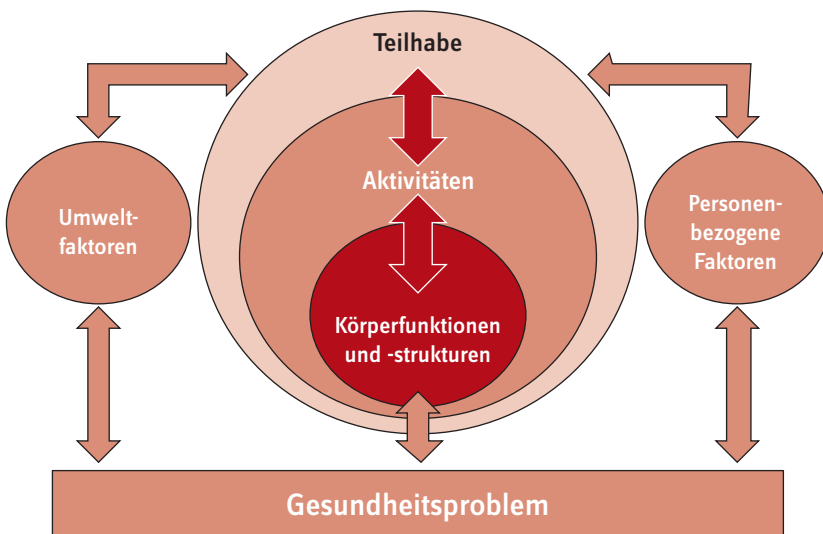


Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der WHO
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DIMDI 2005

Unter „Aktivität“ versteht man die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person, während der Begriff „Teilhabe“ (auch Partizipation) auf das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation abstellt. Bezüglich der Aktivitäten und Teilhabe werden in der ICF-Systematik neun Bereiche bzw. Domänen unterschieden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 94 ff.) (DIMDI):¹

Lernen und Wissensanwendung: Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen. Geordnet sind diese Aspekte in den drei Kategorien „bewusste sinnliche Wahrnehmung“, „elementares Lernen“ und „Wissensanwendung“.

¹ Der Auszug der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen: Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, die Organisation von Routinen und der Umgang mit Stress.

Kommunikation: Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen. Dazu gehören auch Aspekte des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken.

Mobilität: eigene Bewegung durch Änderung der Körperposition oder -lage oder durch Verlagerung von einem Platz zum anderen, Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, Fortbewegung durch Gehen, Rennen oder Klettern/Steigen sowie durch den Gebrauch verschiedener Transportmittel.

Selbstversorgung: eigene Versorgung, Pflege des eigenen Körpers, An- und Ablegen von Kleidung, Essen und Trinken und Sorge um die eigene Gesundheit.

Häusliches Leben: Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen notwendigen Dingen, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere. Kategorien sind: „Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten“, „Haushaltsaufgaben“ und „Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen“.

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: Hierzu gehören die Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind. Diese Domäne gliedert sich in die Kategorien: „Allgemeine interpersonelle Interaktionen“ und „besondere interpersonelle Beziehungen“.

Bedeutende Lebensbereiche: Diese Domäne umfasst Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Bildung/Erziehung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind.

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben: In der letzten Domäne der Aktivitäten und Teilhabe geht es um Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind.

Am häufigsten führen Bewegungseinschränkungen und kognitive Verluste zu Funktionseinbußen (Mobilität, Selbstversorgung) und begründen damit letztlich einen Hilfebedarf (Hoffmann/Nachtmann 2008, S. 5).

Die funktionale Gesundheit ist abhängig von den Umwelt- und den personenbezogenen Faktoren (sog. Kontextbezug, einzelne Einflussfaktoren siehe Tabelle 4), die entweder fördernd oder hemmend auf die funktionale Gesundheit wirken, und kann daher nur unter Berücksichtigung dieser individuellen und sozialen Ressourcen oder auch Barrieren beurteilt werden.

Umweltfaktoren	Personenbezogene Faktoren (z. B.)
1. Produkte und Technologien (z. B. Hilfsmittel, Medikamente)	Alter, Geschlecht, sozialer Hintergrund
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. Bauten, Straßen, Fußwege)	Charakter, Lebensstil, Bewältigungsfähigkeiten (Coping)
3. Unterstützung und Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems)	Bildung/Ausbildung, Beruf
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z. B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen)	Erfahrung, Motivation, Handlungswille
5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften)	genetische Prädisposition

Tab. 4: Kontextfaktoren der ICF, die sowohl fördernd als auch hemmend auf die funktionale Gesundheit wirken können
Quelle: BAR 2010, S. 13

Das Konzept der ICF markiert einen Paradigmenwechsel, weg von einer einfachen diagnose- und defizitorientierten Sicht hin zu einer umfassenden Betrachtung des ganzen Menschen mitsamt seinem Kontext. Ausgangspunkt für die Anwendung der ICF ist stets ein Gesundheitsproblem. Ein in der Medizin (anhand der ICD-10-Klassifikation) gleiches Gesundheitsproblem kann sowohl unterschiedliche Stadien als auch im Leben verschiedener Menschen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben. Aspekte der individuellen Kompensationsfähigkeit, persönlicher Einstellungen und Ressourcen müssen ebenso wie evtl. im Einzelfall bestehende Barrieren betrachtet werden (BAR 2015, S. 33).

„Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Artikel 1 Satz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention), gelten als Behinderte. Die Kenntnis, welche umwelt- oder personenbezogenen Faktoren einen fördernden oder hemmenden Einfluss haben, ermöglicht die Auswahl geeigneter Interventionen und trägt

dazu bei, den Entscheidungsprozess für die betroffenen Menschen selbst transparenter und nachvollziehbarer zu machen. Durch die Zusammenführung von medizinischer und sozialer Perspektive wird nicht mehr nur auf die Ursache von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit fokussiert, sondern auch auf die Frage, wie dem entgegengewirkt werden kann (Grotkamp 2014, S. 2).

3.1.2 Definition Pflegebedürftigkeit

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen Menschen, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen pflegebedürftig sind. Wie Wingenfeld et al. (2007) herausgearbeitet haben, wird die Notwendigkeit pflegerischer Unterstützung in verschiedenen Pflegetheorien immer anhand der Fähigkeit einer Person zur Bewältigung gesundheitlich bedingter Probleme beurteilt. Pflege kommt bei (teilweisem) Verlust der Selbstständigkeit bzw. Funktionsfähigkeit zum Einsatz und soll dazu beitragen, diese wiederherzustellen bzw. präventiv zu wirken (Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit). Je nach Theorie wird eine unterschiedliche Zahl von Aktivitäten bzw. Lebensbereichen genannt, in denen Bewältigungsanforderungen wirksam werden (Ernährung, Ausscheidung, Kommunikation etc.). Diese schließen jeweils physische, psychische und soziale Aspekte ein (Wingenfeld et al. 2007, S. 28 f.).

Im Ergebnis der auch international durchgeführten Recherchen konstatieren die Autoren, dass eine Person dann als pflegebedürftig zu bezeichnen ist, wenn sie

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher
- auf personelle Hilfe angewiesen ist (Wingenfeld et al. 2007, S. 28 f.).

Pflegebedürftig gem. § 14 SGB XI „sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können“. Im Absatz 2 des § 14 SGB XI werden die pflegfachlich begründeten Kriterien genannt, die maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind, und sich folgenden sechs Bereichen zuordnen lassen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Allgemein lässt sich somit sagen, dass Pflegebedürftigkeit aus Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit resultiert. Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention bei pflegebedürftigen Personen müssen daher primär darauf ausgerichtet sein, vorhandene funktionale Fähigkeiten zu stabilisieren und zu verbessern bzw. ggf. sogar Fähigkeiten wiederzuerlangen. Unterschiedliche, der Pflegebedürftigkeit zugrundeliegende Erkrankungen (pflegebegründende Diagnosen) geben zwar allgemeine Hinweise auf mögliche funktionale Einschränkungen, lassen aber im Einzelfall noch keinen Schluss hinsichtlich des individuellen Hilfebedarfs zu, da dieser darüber hinaus sowohl von den persönlichen Merkmalen (Bewältigungsfähigkeiten) als auch vom häuslichen und sozialen Umfeld abhängt. Insofern sind auch geeignete Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung dieser Faktoren auszuwählen.

3.1.3 Gebrechlichkeit (Frailty)

Da der Pflegebedürftigkeitsbegriff in Deutschland sozialrechtlich geprägt ist (zur Ermittlung des Leistungsanspruchs gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung) und in anderen Ländern auch keine grundsätzliche Trennung von Gesundheits- und pflegerischer Versorgung im deutschen Sinne vorgenommen wird, lässt sich bei der internationalen Literaturrecherche hinsichtlich der Zielgruppe „Pflegebedürftige“ keine unmittelbare Vergleichbarkeit herstellen. Daher wird bei der Beschreibung der Zielgruppe meist auf Begriffe wie „chronisch Kranke“ oder „multimorbide“ Personen höheren Alters mit Langzeitversorgungsbedarf zurückgegriffen. Als multimorbid gelten meist Patientinnen und Patienten mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen. Allerdings lassen diese Kategorien noch keinen unmittelbaren Rückschluss auf das Ausmaß an funktionalen Beeinträchtigungen (und damit den Pflegebedarf) zu. Wie aus Abbildung 2 ersichtlich ist, verfügen zwei Drittel der Personen mit zwei bis vier Erkrankungen über eine gute funktionale Gesundheit und auch bei fünf und mehr Erkrankungen sind es immer noch knapp 40 %.

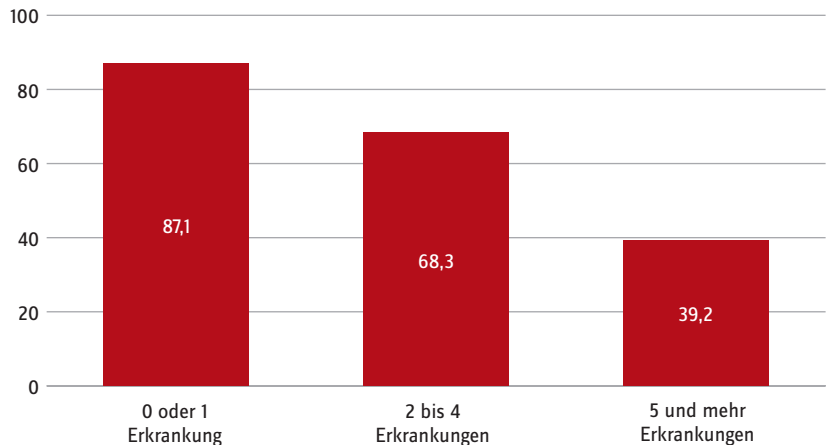


Abb. 2: Anteile der Personen mit guter funktionaler Gesundheit nach der Anzahl an selbst berichteten Erkrankungen (2014, in %)
Quelle: Wolff et al. 2016, S. 134

Ein international gebräuchliches Konstrukt, das der Definition von Pflegebedürftigkeit näherkommt, ist die sog. Frailty (Gebrechlichkeit). Als Gebrechlichkeit oder auch Altersschwäche wird die chronische, altersbedingt herabgesetzte Belastbarkeit bei vermindertem Kraftzustand bezeichnet. Sie ist das Ergebnis kombinierter natürlicher Altersprozesse mit medizinisch feststellbaren Organ- und Funktionsstörungen.

Das „Frailty-Konzept“ wurde maßgeblich von der Amerikanerin Linda P. Fried entwickelt (Fried et al. 2001). Frailty ist ein komplexes geriatrisches Syndrom, das physische, psychische und soziale Faktoren beinhaltet sowie subjektive Sichtweisen und Umweltfaktoren einbezieht. Beim Vorliegen von drei oder mehr der folgenden Faktoren kann bei Patientinnen und Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter ein Frailty-Syndrom vorliegen:

- herabgesetzte körperliche Aktivität,
- Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung,
- subjektive Erschöpfung (mental, emotional, physisch),
- objektivierte Muskelschwäche (gemessen als Greifkraft),
- unfreiwilliger Gewichtsverlust von über 10 % in einem Jahr.

Weitere Indikatoren sind Einschränkungen der Sehfähigkeit und kognitive Beeinträchtigungen.

Vom Pre-Frailty-Syndrom spricht man, wenn nur ein oder zwei Faktoren erfüllt werden. Daraus lassen sich vier Stufen von Frailty ableiten:

1. Keine Frailty (Frailty 0)
2. Milde Frailty (Frailty 1)
3. Moderate Frailty (Frailty 2)
4. Schwere Frailty (Frailty 3)

Das Frailty-Syndrom ist mit einer höheren Mortalität sowie mit einem erhöhten Risiko für negative Gesundheitsereignisse verbunden, wie z. B. Krankenhauseinweisungen, Sturzereignisse sowie Einschränkungen der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, und geht insofern meist der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit voraus.

Die folgende Abbildung 3 stellt den Kreislauf der Gebrechlichkeit dar. Zentral ist der alters- oder krankheitsbedingte Verlust an Muskelmasse (Sarkopenie), der mit verringerter Muskelkraft und Leistungsfähigkeit einhergeht, was schließlich zu funktionellen Beeinträchtigungen (insbesondere der Mobilität) und verringerten Aktivitäten führt. Eine Fehl- oder Mangelernährung verstärkt diesen Prozess und bewirkt den weiteren Verlust von Muskelmasse.

Die herabgesetzte Muskelkraft ist häufig das erste Anzeichen der Entwicklung von Frailty, es folgen Schwäche und verlangsamte Gehgeschwindigkeit. Präventionsmaßnahmen sollten daher möglichst dann ergriffen werden, wenn sich eines dieser Merkmale zeigt, und nicht erst bei Gewichtsverlust und/oder Erschöpfung.

Während bei der Gesundheitsförderung die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen im Mittelpunkt stehen, konzentriert sich die Prävention auf die Frage nach den Risikofaktoren der Entstehung von Krankheiten und ihrer Verringerung bzw. Vermeidung (vgl. Abbildung 4).

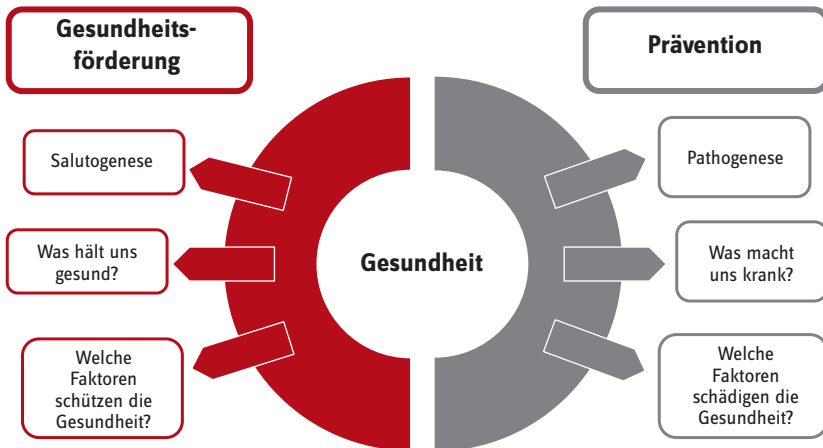


Abb. 4: Gesundheitsförderung und Prävention

In § 20 Absatz 1 SGB V wird Gesundheitsförderung mit „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns“ näher bestimmt. Dies weist auf die zugrundeliegende Definition des Begriffs im Rahmen der Ottawa-Charta der WHO 1986 hin (GKV-Spitzenverband 2017b, S. 9):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Die (primäre) Prävention wird vom Gesetzgeber in § 20 Absatz 1 SGB V mit „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ beschrieben. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der sekundären Prävention um Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen, und die tertiäre Prävention hat die Verhütung von Verschlimmerungen von Krankheiten zum Ziel. Prävention ist somit auf die Reduktion der Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) sowie der Dauer und Schwere von Krankheiten ausgerichtet.

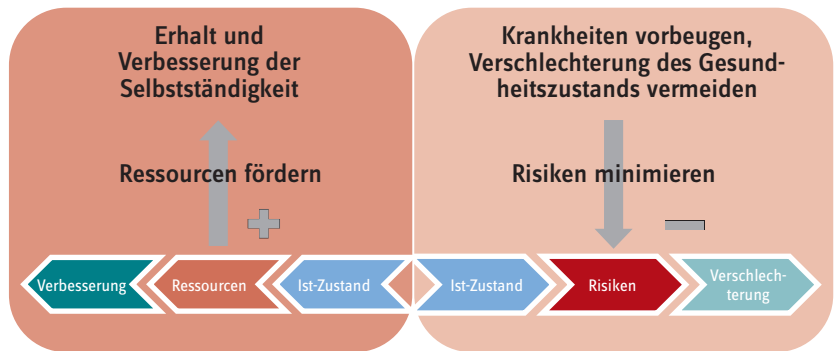


Abb. 5: Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention

Beide Konzepte sind, da sie das gleiche Ziel haben, hinsichtlich ihrer Wirkung daher kaum voneinander zu trennen: Maßnahmen der Gesundheitsförderung wirken immer auch primärpräventiv, d. h. sie beugen der Entstehung von Krankheiten vor, während Prävention durch die Verhütung von Krankheit zum Erhalt von Gesundheit beiträgt. Dies soll an einem konkreten Beispiel verdeutlicht werden: Die Förderung von körperlicher Bewegung senkt gleichzeitig das Risiko für all jene Erkrankungen, die infolge von Bewegungsmangel entstehen können.

Die Unterschiede der beiden Konzepte zeigen sich dagegen auf der Ebene der Maßnahmen: Um z. B. einer drohenden Herz-Kreislauf-Erkrankung bei einer Person vorzubeugen, kann im Sinne der Prävention (Risiken minimieren) ein Rauchentwöhnungskurs angeboten werden und im Sinne der Gesundheitsförderung (Ressourcen stärken) die Teilnahme an einer Sportgruppe.

„Gesundheitliche Aufklärung und Prävention sollen die Menschen zum Schutz ihres physischen und psychischen Wohlbefindens befähigen und ermutigen bzw. durch entsprechende Ausgestaltung der Lebensverhältnisse zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Insofern eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit nicht immer möglich ist, fallen hierunter auch alle Maßnahmen, die Gesundheit so weit wie möglich wiederherstellen, z. B. solche, die kausal nicht völlig beseitigbare Schmerzen minimieren und damit zur Steigerung der Lebensqualität beitragen“ (SVR 2018, S. 47).

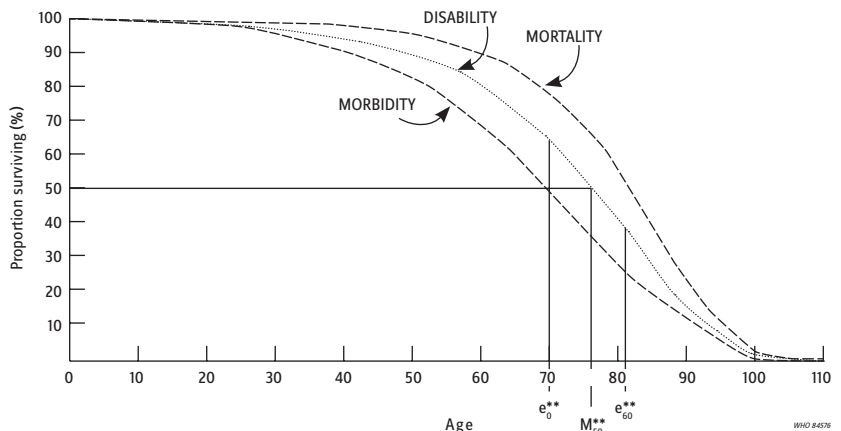
Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder Prävention können auf Änderungen des individuellen Verhaltens ausgerichtet sein (Verhaltensprävention) oder darauf abzielen, die äußeren Lebensverhältnisse so zu beeinflussen, dass förderliche Faktoren verstärkt wirken bzw. Risiken verringert werden (z. B. Verringerung der Luftverschmutzung) (Verhältnisprävention).

3.3 Lebensqualität im Alter

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention zielen auf eine möglichst hohe (gesundheitsbezogene) Lebensqualität. Analog zum Gesundheitsbegriff ist auch Lebensqualität (LQ) ein mehrdimensionales Konstrukt, das in der Fachliteratur je nach Blickwinkel und Zielgruppe bis dato mit unterschiedlichen Modellen operationalisiert wird (vgl. dazu u. a. Martin et al. 2012 und Oppikofer/Mayorova 2016). Allgemein ergibt sich die Lebensqualität aus dem Zusammenspiel von äußeren Lebensumständen, individuellen Faktoren (Kompetenzen, Resilienz etc.) und persönlichen Wertvorstellungen.

Mit steigender Lebenserwartung, der aufgrund gesünderer Lebensstile und medizinischer Erfolge rückläufigen Sterblichkeit (Mortalität) und der Zunahme chronischer Krankheiten (Morbidität) ist insbesondere auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein wichtiger Indikator. Er bildet die körperlichen, emotionalen, mentalen, sozialen und verhaltensbezogenen Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus subjektiver Sicht der Betroffenen ab (Ellert/Kurth 2013).

Wie Abbildung 6 verdeutlicht, lässt sich die Gesamt-Überlebenskurve untergliedern in „gesunde Lebensjahre“ ohne chronische Erkrankungen (Fläche unterhalb der Morbidity-Kurve), in Lebensjahre mit chronischer Krankheit, aber ohne funktionale Einschränkungen bzw. Behinderung/Pflegebedürftigkeit (Fläche zwischen Morbiditäts- und Disability-Kurve), und in Lebensjahre mit Krankheit und eingeschränkter körperlicher Funktionsfähigkeit (Fläche zwischen Disability- und Sterblichkeitskurve).



e_0^{**} and e_{60}^{**} are the number of years of autonomous life expected at birth and at age 60, respectively. M_{50}^{**} is the age to which 50% of females could expect to survive without loss of autonomy.

Abb. 6: General Model of Health Transition (WHO)
Quelle: WHO 1984, S. 29

Das Modell verdeutlicht, dass es erstrebenswert ist, die Krankheits- und Behinderungskurven möglichst weit in Richtung der Sterblichkeitskurve zu verschieben, d. h. die Lebenszeit mit Krankheit und Behinderung/Pflegebedürftigkeit zu minimieren.

Es gibt zwei grundsätzliche Ansätze zur Messung von Lebensqualität: einen subjektiven Ansatz, bei dem die Personen selbst ihre Lebenssituation und ihr Wohlbefinden bewerten, und einen „objektiven“ Ansatz, bei dem eine Bewertung anhand der Erhebung definierter, beobachtbarer Parameter erfolgt (z. B. Anzahl und Schwere von Krankheiten etc.) und der damit eine bessere interpersonelle Vergleichbarkeit liefert. Beide Konzepte können jedoch ganz unterschiedliche Ergebnisse für ein und dieselbe Person oder Situation liefern: Es ist mittlerweile weithin bekannt, dass sich die mit steigendem Alter zunehmende Zahl an Erkrankungen und Beeinträchtigungen nicht gleichermaßen in einer verringerten subjektiven Lebensqualität niederschlägt und dass Personen mit ähnlichen körperlichen Einbußen ganz unterschiedliche Einschätzungen zum Wohlbefinden äußern. Das hängt mit der Vielzahl an Einflussfaktoren (Ressourcen und Fähigkeiten zur Anpassung) und individuellen Wertvorstellungen zusammen. Einige Erkrankungen lassen sich z. B. problemlos medikamentös behandeln, andere gehen mit vielfältigen Nebeneffekten und Funktionseinschränkungen einher. Letztere wiederum haben für verschiedene Personen unterschiedliche Bedeutung, die z. T. auch von äußeren, also Umweltfaktoren abhängt.

Deshalb hat die WHO (2015) „Healthy Ageing“ definiert als einen Prozess der Herausbildung und Erhaltung der funktionalen Fähigkeiten, die Wohlbefinden im Alter ermöglichen. Die funktionalen Fähigkeiten schließen auch gesundheitsbezogene Aspekte ein, die es einer Person ermöglichen, ihren Wertvorstellungen entsprechend zu leben und zu handeln (ebd., S. 28, eigene Übersetzung).

Der Prozess des Healthy Ageing beginnt mit der Geburt und wird von genetischen und Persönlichkeitsmerkmalen genauso beeinflusst wie von gesundheitlichen Ereignissen im Verlauf des Lebens. Diese Faktoren und ihre Wechselwirkungen formen die intrinsischen Kapazitäten einer Person, d. h. die individuellen physischen und mentalen Ressourcen (vgl. Abbildung 7). Die Unterschiede in den gesundheitlichen Ressourcen, die sich im Alter beobachten lassen, sind zu rund 25 % auf genetische Faktoren zurückzuführen. Rund 75 % sind das Ergebnis der im Laufe des Lebens an den Tag gelegten Verhaltensweisen und äußerer Einflüsse (ebd., S. 66).

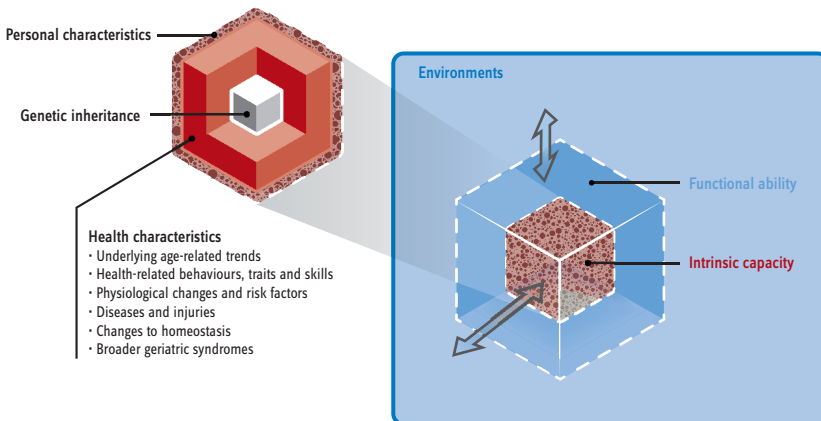


Abb. 7: Prozess „Healthy Ageing“ nach WHO 2015
Quelle: WHO 2015, S. 28

Erst in der Wechselwirkung dieser Ressourcen mit der persönlichen Umwelt zeigen sich die funktionalen Fähigkeiten: Umweltfaktoren (schließen sämtliche Aspekte der physischen und sozialen Umwelt ein) können sowohl als Barrieren der funktionalen Fähigkeiten wirken (z. B. Treppen für Gehbehinderte) als auch als Förderfaktoren (Fahrstuhl, öffentlicher Nahverkehr). Resilienz bedeutet in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, durch die Mobilisierung von Reserven das Niveau der funktionalen Fähigkeiten zu erhalten oder zu verbessern, um widrige Umstände (Krankheit, Unfall, Verlust von Angehörigen) zu meistern. Diese Fähigkeit baut sowohl auf den intrinsischen Ressourcen

als auch auf Umweltfaktoren auf, die persönliche Defizite kompensieren können (soziale Netzwerke, Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen u. a.).

Diese Sichtweise vertritt auch der GKV-Spitzenverband in seinem Leitfadens Prävention. In der Präambel heißt es dazu: „Die Qualität von Bildung und Erziehung, berufliche Anforderungen und Belastungen, die Integration in den Arbeitsmarkt und die soziale Teilhabe, die Einkommenssituation einschließlich des sozialen Schutzes gegen Verarmung und die Wohnbedingungen beeinflussen nachhaltig das Risiko zu erkranken und die Chancen, gesund zu bleiben. Diese Determinanten wirken auch auf die individuelle Fähigkeit und Bereitschaft ein, Verantwortung für das persönliche Gesundheitsverhalten im Sinne der Verhaltensprävention zu übernehmen“ (GKV-Spitzenverband 2017a).

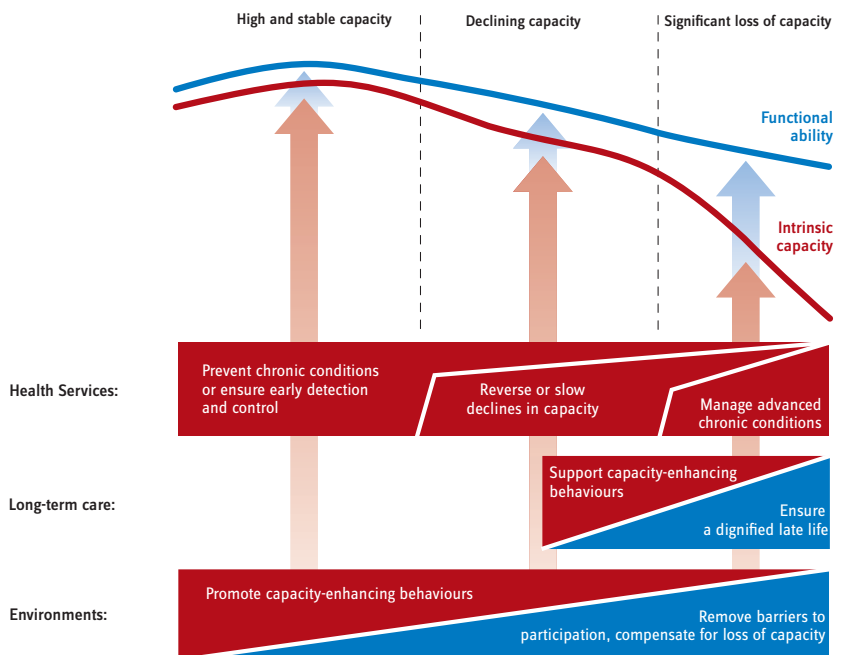


Abb. 8: A public-health framework for Healthy Ageing (WHO 2015)
Quelle: WHO 2015, S. 33

Auf aggregierter Ebene der Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte nehmen die intrinsischen Kapazitäten tendenziell mit steigendem Lebensalter ab. Die rote Kurve in Abbildung 8 zeigt eine typische Verlaufsform, die jedoch im Einzelfall ganz unterschied-

liche Formen annehmen kann (plötzlicher Abfall nach einem Unfall, dann wieder Verbesserung infolge frühzeitiger Rehabilitation oder stetige Verschlechterung bereits in jungen Jahren aufgrund einer chronischen Erkrankung). Typischerweise verläuft die Kurve der funktionalen Fähigkeiten (blaue Kurve) oberhalb der intrinsischen Ressourcen, was signalisiert, dass in der Regel die förderlichen Umweltfaktoren gegenüber den hemmenden überwiegen (Nettonutzen).

Die WHO leitet aus diesen Erkenntnissen mögliche allgemeine Public-Health-Handlungsansätze für die Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte auf den Ebenen Gesundheitsversorgung, Pflege und Umwelt/Infrastruktur ab (vgl. unterer Bereich in Abbildung 8): Für Personen, die sich, unabhängig vom Lebensalter, im ersten Stadium auf hohem Ressourcenniveau befinden, stehen die Prävention chronischer Erkrankungen und die Förderung gesunder Lebensstile im Vordergrund. Haben sich bereits chronische Erkrankungen manifestiert, gilt es, deren Folgewirkungen zu minimieren und funktionalen Einschränkungen vorzubeugen - die Rolle förderlicher Umweltfaktoren für Personen im zweiten Stadium sinkender Kapazitäten nimmt zu. Sind die individuellen Ressourcen schließlich infolge fortschreitender Erkrankung und/oder hohen Alters in hohem Maße aufgebraucht, sinkt auch die Funktionsfähigkeit (drittes Stadium) und es entsteht Pflegebedarf. Langzeitpflege hat die Aufgabe, ein Niveau der Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, das die Wahrung grundlegender Persönlichkeitsrechte, Freiheiten und der Menschenwürde sowie die Erledigung der für das eigene Wohlbefinden notwendigen Alltagsaktivitäten ermöglicht (WHO 2015, S. 32 ff.).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das subjektive Wohlbefinden mit zunehmendem Verlust der gesundheitlichen Ressourcen anders beurteilt wird: Trotz der Zunahme von Erkrankungen und anderer Schicksalsschläge bei Personen in der zweiten Lebenshälfte ist damit in der Regel kein stetiger Rückgang der selbst berichteten Lebensqualität verbunden - teilweise erhöht sich diese sogar. Das weist auf das Vorhandensein gegenläufiger Faktoren, wie Erholungs- und Adaptionfähigkeit sowie psychosoziale Weiterentwicklungen, hin. Die Muster sind sehr vielfältig, aber insgesamt treten Aspekte wie Funktionsfähigkeit, Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe in den Vordergrund. Auch bei schwer pflegebedürftigen Personen kann die Autonomie aufrechterhalten werden, wenn sie in der Lage bleiben, über die für sie bedeutsamen Dinge zu entscheiden und die Umsetzung der Entscheidungen zu steuern (WHO 2015, S. 68).

Daher steht die „Respektierung autonomer Zielvorstellungen - auch im hohen Alter - [...] im Zentrum bedeutsamer Interventionen“ (Oppikofer/Mayorova 2016, S. 110). Selbst bei stark kognitiv eingeschränkten Personen sind solche individuellen Zielbestimmungen noch möglich, auch wenn sich im Unterschied zu nicht so stark beeinträchtigten Personen die Zahl der wahrgenommenen Optionen verringert oder diese Zielvorstellungen nicht mehr geäußert werden können (ebd.).

Definitionen
grundlegender
Fachbegriffe und
Konzepte

Lebensqualität im Alter wird entscheidend geprägt von der Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement angesichts sozialer, körperlicher und emotionaler Herausforderungen (Huber et al. 2011). Daher liefern Untersuchungen der älteren Bevölkerung auf Basis von Assessments der Funktionsfähigkeit deutlich bessere Ergebnisse als Morbiditätsanalysen und Interventionsstudien, die Ergebnisse nur anhand klinischer Parameter bewerten und damit zu kurz greifen.

Im nächsten Kapitel wird die Gruppe der Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Setting näher untersucht. Hier ist von Interesse, welche gesundheitlichen und soziodemografischen Besonderheiten diese Gruppe aufweist und inwiefern Rückschlüsse auf bestimmte Sub-Gruppen hinsichtlich spezifischer Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention gezogen werden können.

4 Pflegebedürftige in privaten Haushalten

Rund 2,6 Mio. Menschen mit Pflegebedürftigkeit werden zu Hause betreut, darunter 1,76 Mio. ohne professionelle Hilfe allein von Angehörigen (Pflegestatistik 2017). In diesem Kapitel werden die Lebenssituation ambulant versorgter pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen sowie das Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung dargestellt.

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

4.1 Soziodemografische Merkmale

Anhand von soziodemografischen Merkmalen, wie Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße, Einkommen, Bildung oder der Inanspruchnahme von Leistungen, wird die Gruppe der Pflegebedürftigen im ambulanten Setting charakterisiert. Die Ausprägungen der einzelnen Merkmale sowie die genutzten Pflegeleistungen sind Ausgangspunkt für die Ermittlung von Potenzialen und Bedarfen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention.

4.1.1 Alter

Die meisten pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten sind hohen Alters. Rund 50 % sind 80 Jahre und älter.

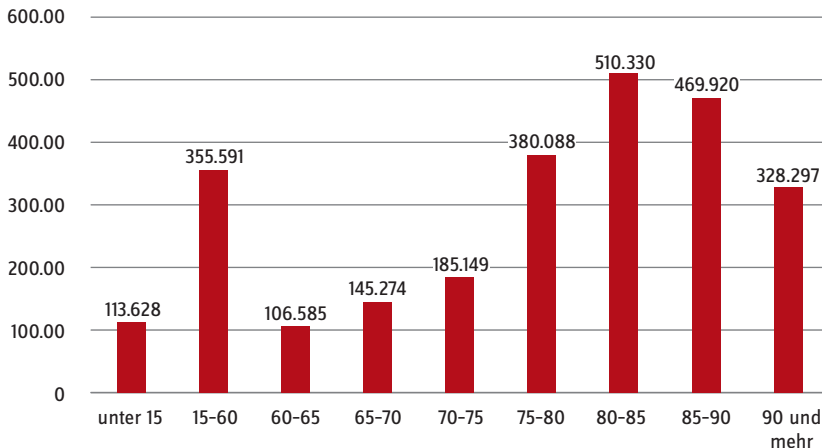


Abb. 9: Zu Hause versorgte Pflegebedürftige zum 31.12.2017 nach Altersgruppen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pflegestatistik 2017

Das Durchschnittsalter lag im Jahr 2016 bei rund 72 Jahren. Die Mehrheit der zu Hause gepflegten Personen ist zwischen 70 und 89 Jahre alt (rund 60 %), wie aus Abbildung 10

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

ersichtlich. Insgesamt zeichnet sich im Zeitverlauf (von 1998 bis 2016) ein leichter Anstieg des Alters der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ab, entsprechend der demografischen Entwicklung (Schneekloth et al. 2017, S. 41 ff.).

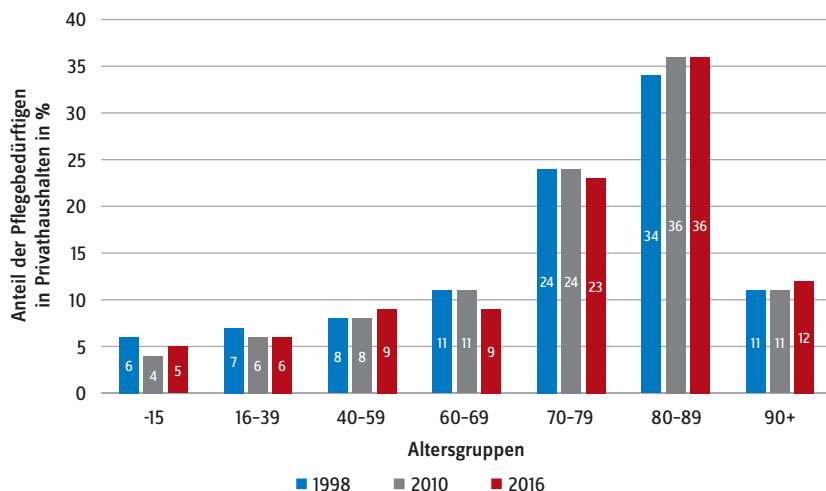


Abb. 10: Altersstruktur der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, Angabe in %
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneekloth et al. 2017, S. 42

4.1.2 Geschlecht

Der überwiegende Teil der Menschen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit sind Frauen (60 %). Im Zeitverlauf zeigt sich jedoch, dass der Anteil der pflegebedürftigen Männer in Privathaushalten zwischen 2010 und 2016 angestiegen ist (von 36 % auf 40 %). Die meisten pflegebedürftigen Frauen im Jahr 2016 befanden sich in der Altersgruppe 80 Jahre und älter (71 %). Männer dagegen sind in der Altersgruppe bis 59 Jahre im häuslichen Setting am häufigsten.

	2010		2016		
	insgesamt	insgesamt	bis 59 Jahre	60-79 Jahre	80+
weiblich	64	60	44	55	71
männlich	36	40	56	45	29

Tab. 5: Altersstruktur pflegebedürftiger Frauen und Männer, Angabe in %
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneekloth et al. 2017, S. 43

Interessant ist, dass gerade Männer mit Pflegestufe 0,² d. h. mit eingeschränkter Alltagskompetenz und geringem körperlichen Hilfebedarf, von dem neuen Leistungsanspruch des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes (PNG) profitieren. Dies belegt der deutlich größere Anstieg der pflegebedürftigen Männer mit Pflegestufe 0 gegenüber Frauen mit Pflegestufe 0 bei den jährlichen Erhebungen der Leistungsempfänger auf Basis von Versicherungsdaten der Barmer GEK. Diese Sachlage zeigt sich auch im Anstieg des Durchschnittsalters pflegebedürftiger Männer in Privathaushalten von 64,5 Jahre auf 65,1 Jahre (Erhebung 2012 und 2015). Bei den Frauen im gleichen Zeitraum ist der Anstieg geringer mit 74,7 auf 75,0 Jahre. Laut Schneekloth et al. (2017) ist schon jetzt der Trend erkennbar, dass zukünftige pflegebedürftige Personen in Privathaushalten vorwiegend männlichen Geschlechts sein werden (ebd., S. 42 ff.).

4.1.3 Haushaltsgröße und Familienstand

Auch die Haushaltsgröße ist von entscheidender Bedeutung für die Bewältigung des Alltags als pflegebedürftige Person in der eigenen Häuslichkeit. 34 % aller pflegebedürftigen Menschen in den Erhebungsjahren 2010 und 2016 waren alleinlebend. Knapp 40 % der Pflegebedürftigen lebten in Zweipersonenhaushalten und rund 15 % in Drei- oder Mehrpersonen-Haushalten (siehe Tabelle 6).

Jeweils drei Viertel der ambulanten Leistungsbezieher unter 60 Jahren sind ledig bzw. kinderlos, dennoch leben knapp 60 % in dieser Altersgruppe in Haushalten mit drei und mehr Personen. Das ist ein Hinweis darauf, dass sie trotzdem häufig auf tägliche Unterstützung anderer Personen zurückgreifen können. Auffällig ist allerdings, dass Ledige in den Altersgruppen ab 60 Jahren deutlich unterrepräsentiert sind. Dies ist sicher zum einen auf den langfristigen Trend veränderter Familienformen mit sinkendem Anteil von Ehepaaren zurückzuführen (1996: 79 %, 2016: 68 % Ehepaare) (Destatis 2017, S. 24). Zum anderen kann es bedeuten, dass Ledige früher in eine stationäre Pflegeeinrichtung wechseln (müssen).

² Bis zum Ende 2016 erfolgte die leistungsrechtliche Abgrenzung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit anhand von Pflegestufen (0 – 3), seit 01.01.2017 mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II werden Pflegegrade (1 – 5) bestimmt. Pflegestufe 0 entspricht nun Pflegegrad 1.

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

	2010		2016		
	insgesamt	insgesamt	bis 59 Jahre	60-79 Jahre	80+
<i>Haushaltsgröße</i>					
Alleinlebend	34	34	19	33	40
Zweipersonen-Haushalt	39	38	22	55	34
Dreipersonen-Haushalt	13	15	25	8	15
Vier- und Mehr-Personen-Haushalt	14	13	34	4	11
<i>Familienstand</i>					
Verheiratet	36	35	20	55	28
Verwitwet	41	38	1	21	66
Geschieden	7	9	5	18	3
Ledig	16	18	74	6	3
<i>Anzahl Kinder</i>					
Kinderlos	21	24	75	16	7
1 Kind	22	21	8	23	26
2 Kinder	29	30	12	36	34
3 und mehr Kinder	28	25	5	25	33

Tab. 6: Haushaltsgröße und Familienstand Pflegebedürftiger in Privathaushalten nach Alter, Angaben in %
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneekloth et al. 2017, S. 43

In der Altersgruppe 60 bis 79 Jahre leben die meisten (55 %) zu zweit und sind verheiratet, während in der Gruppe der über 80-jährigen jeweils der höchste Anteil Alleinlebender (40 %) und verwitweter Personen (66 %) zu finden ist. Offenbar führen pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten nach Versterben der Partnerin oder des Partners ihren Haushalt allein fort. Dies war nicht immer so – noch im Jahr 1998 lag der Anteil der alleinlebenden Personen um etwa 10 % niedriger als im Jahr 2016. Dieser Umstand lässt auf den sozialen Wandel und die Stabilisierung der häuslichen Pflege schließen. Er kann aber auch Ausdruck dafür sein, dass pflegebedürftige Personen den Angehörigen nicht so sehr zu Last fallen wollen und daher bevorzugt allein bleiben. Der Ausbau von wohnortnahen Versorgungsstrukturen, die Pflege zu Hause erleichtern und somit zur Verhinderung eines Umzuges ins Pflegeheim beitragen, ist sicherlich ein fördernder Faktor (Schneekloth et al. 2017, S. 46 ff.).

In den höheren Altersgruppen hat die große Mehrheit mindestens ein Kind: 84 % in der Gruppe 60 bis 79 Jahre und sogar 93 % der über 80-jährigen.

4.1.4 Einkommen

Im Rahmen der Erhebungen von Schneekloth et al. (2017) wurden Haushalte mit pflegebedürftigen Personen zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen befragt und in Bezug zur Gesamtbevölkerung gesetzt. Unterschieden wurde zudem in Haushalte in Ost- und Westdeutschland. Es wurde darauf verzichtet, Sach- oder Geldleistungen in das vorhandene Haushaltsnettoeinkommen einzubeziehen, da Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung unterschiedlich hoch sind.

Einkommen in Euro	Ost		West	
	Pflegehaushalte	Haushalte insgesamt	Pflegehaushalte	Haushalte insgesamt
Unter 500	0	4	1	3
500-1.000	12	13	11	9
1.000-1.500	28	18	20	12
1.500-2.000	17	18	19	15
2.000-2.500	15	14	12	14
2.500-3.000	11	11	10	13
3.000-3.500	9	7	9	9
3.500-4.000	1	6	4	8
4.000 und mehr	7	9	14	17

Tab. 7: Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Ost- und Westdeutschland, Angaben in %
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneekloth et al. 2017, S. 48

Hier zeigt sich, dass vor allem Pflegehaushalte in Ostdeutschland tendenziell über geringere Nettoeinkommen verfügen. Am häufigsten finden sich in Ost und West Pflegehaushalte mit einem Nettoeinkommen von 1.000 bis 1.500 Euro, dicht gefolgt von einem Einkommen von 1.500 bis 2.000 Euro. Abbildung 11 verdeutlicht, dass die Spreizung der Einkommensverhältnisse insbesondere bei den ostdeutschen Pflegehaushalten sehr groß ist.

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

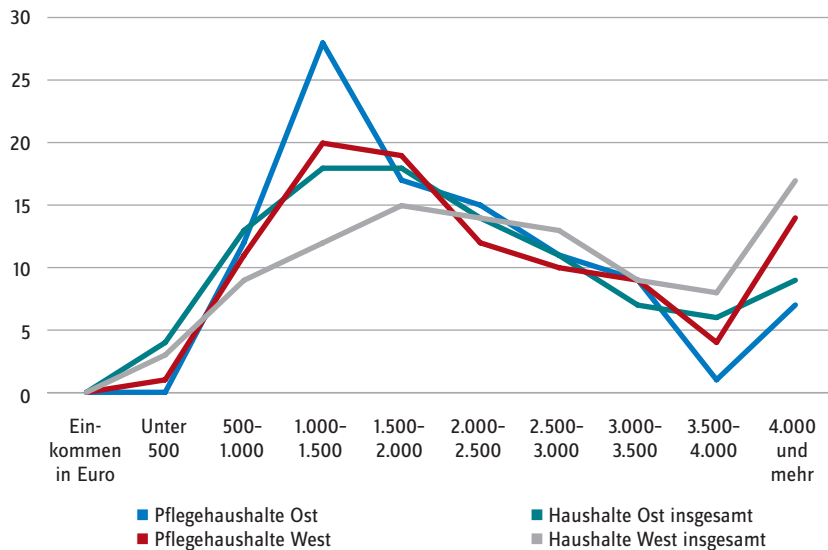


Abb. 11: Verteilung der Haushaltsnettoeinkommen von Haushalten ohne und mit Pflegebedürftigen in Ost- und Westdeutschland
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneekloth et al. 2017, S. 48

Haushalte, die von nur einer Person geführt werden, haben zu etwa 10 % ein Nettoeinkommen von unter 1.000 Euro. Laut dem Statistischen Bundesamt kann von einer Armutsgefährdung im Alter gesprochen werden.

Es ist zu vermuten, dass in diesen Fällen eine staatliche Unterstützung, in Form von Sozialhilfe, greift. Im Jahr 2016 bezogen 7 % der pflegebedürftigen Personen in Privathaushalten Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz. 8 % der pflegebedürftigen Menschen erhalten zudem existenzsichernde Sozialleistungen, wie Arbeitslosengeld II, Grundsicherung im Alter oder Sozialgeld. Dieser Umstand lässt ebenfalls auf das Risiko von Altersarmut schließen (Schneekloth et al. 2017, S. 47 ff.).

4.1.5 Bildung

Blinkert und Klie (2008) untersuchten in ihrer Studie zur sozialen Ungleichheit die Versorgungspräferenzen in sozialen Milieus. Die Untersuchung konzentrierte sich zum einen auf das Risiko, selbst pflegebedürftig zu werden, und zum anderen auf die Situation, wenn Angehörige pflegebedürftig werden sowie auf die in diesem Fall gewünschten Pflegearrangements. Eingeschlossen wurden Menschen im Alter von 40 bis 65 Jah-

ren. Die Unterscheidung wurde zwischen folgenden Milieus vorgenommen: traditionelles Unterschicht-Milieu, neues Unterschicht-Milieu, konservatives Mittelschicht-Milieu, gesellschaftliche Mitte, liberales Mittelschicht-Milieu, konservativ-bürgerliches Milieu und liberal-bürgerliches Milieu. Die größte Bereitschaft zur häuslichen Versorgung und zur Selbstversorgung bei Pflegebedürftigkeit findet sich im traditionellen und neuen Unterschicht-Milieu. Die geringste Bereitschaft zur Selbstpflege und Pflege Angehöriger zeigt sich hingegen bei Personen mit hohem Sozialstatus und modernem Lebensentwurf (liberal-bürgerliches und konservativ-bürgerliches Milieu). Die Gründe dafür sehen die Autoren darin, dass moralische Erwägungen kaum eine Rolle bei der Auswahl eines Arrangements spielen, stärker jedoch die Abwägung von Kosten. In höheren sozialen Milieus haben die „Opportunitätskosten“ wesentlich mehr Bedeutung. Opportunitätskosten sind die Kosten, die entstehen, wenn auf berufliche und soziale Möglichkeiten verzichtet wird zugunsten der Übernahme von Pflegeverpflichtungen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass günstige Bedingungen für eine häusliche Versorgung am ehesten bei Personen mit niedrigem Sozialstatus zu erwarten sind. Hingegen haben Personen mit hohem Sozialstatus ungünstigere Voraussetzungen für ein häusliches Setting, was die Selbstpflege sowie die Pflege durch Angehörige betrifft (Blinkert/Klie 2008, S. 27 f.).

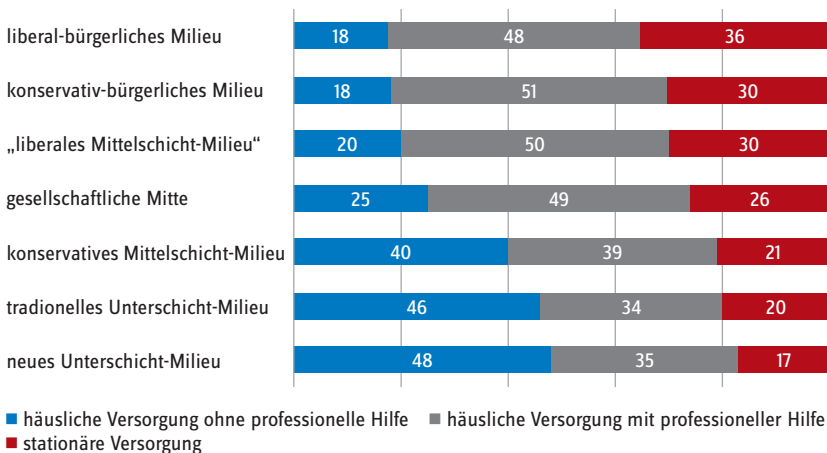


Abb. 12: Präferenzen für eine häusliche oder stationäre Versorgung, Angabe in %
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Blinkert/Klie 2008, S. 27

Zu etwas anderen Schlussfolgerungen kommen Klaus/Tesch-Römer (2017) anhand der Längsschnittdaten des Deutschen Alterssurveys (DEAS): Die Befragungen im Zeitraum 1996 bis 2014 ergaben, dass „Personen mit mittlerer und hoher Bildung durchweg häufiger Unterstützungsaufgaben für andere übernehmen als Personen mit niedriger Bildung“ (Klaus/Tesch-Römer 2017, S. 192). 2014 lag die Quote unter den Personen mit middle-

rem und hohem Bildungsniveau bei 16,4 % beziehungsweise 17,4 %, bei denjenigen mit niedrigem Bildungsniveau hingegen bei 10,1 %. Signifikante Zuwächse zwischen 1996 und 2014 haben ebenfalls nur in den beiden höheren Bildungsgruppen stattgefunden (ebd.). Darüber hinaus lassen sich in beiden Gruppen auch höhere Anteile von Personen beobachten, die Unterstützung und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren, als unter Niedriggebildeten (ebd., S. 196).

4.2 Pflegebedarf und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

4.2.1 Pflegebedarf im ambulanten Setting

In der Abbildung 13 wird der Umfang des Pflegebedarfs anhand der Pflegestufen und dessen Veränderung über einen Zeitraum von 18 Jahren verdeutlicht. Mit steigender Pflegestufe steigt auch der in dieser Zeit gemessene notwendige Versorgungsumfang für die pflegebedürftigen Menschen.

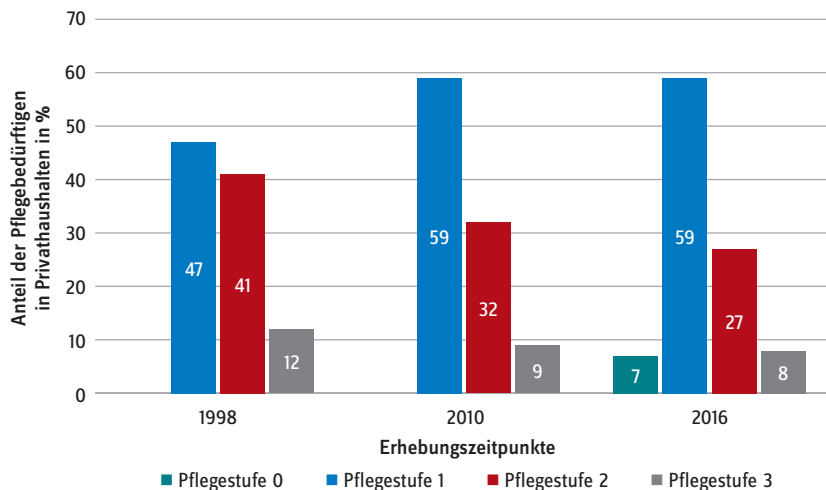


Abb. 13: Anteil der pflegebedürftigen Menschen mit Pflegestufe in Privathaushalten, Angabe in %
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneekloth et al. 2017, S. 37

Erkennbar ist, dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 1 zu allen drei Erhebungszeiten am höchsten ist, gefolgt von der Eingruppierung in Pflegestufe 2. Seit 2016 findet auch die 2013 eingeführte Kategorie „ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (sog. Pflegestufe 0) Berücksichtigung (2016: 7 %). Der

Anteil der pflegebedürftigen Menschen in Pflegestufe 3 ist im häuslichen Umfeld mit rund 10 % am geringsten und im Zeitverlauf leicht rückläufig.

Mit der Einführung der Pflegestufe 0 im Jahr 2013 ergibt sich auch für die Gruppe von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf bzw. eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen ein gesetzlicher Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen, die sich auf Pflegegeld sowie Verhinderungs-, teilstationäre und Kurzzeitpflege beschränken. Laut Berechnungen der Universität Bremen 2016 auf Basis von jährlichen Versicherungsdaten der Barmer GEK für die Jahre 2013 bis 2015 zeigt sich eine mit den Jahren steigende Inanspruchnahme von Pflegeleistungen für die Pflegestufe 0. Rund 147.000 Personen waren 2015 in Pflegestufe 0 eingruppiert (Schneekloth et al. 2017, S. 37).

Die folgende Abbildung 14 zeigt erste Ergebnisse der Begutachtungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit die Verteilung auf die fünf Pflegegrade anhand der Daten des ersten Quartals 2018.

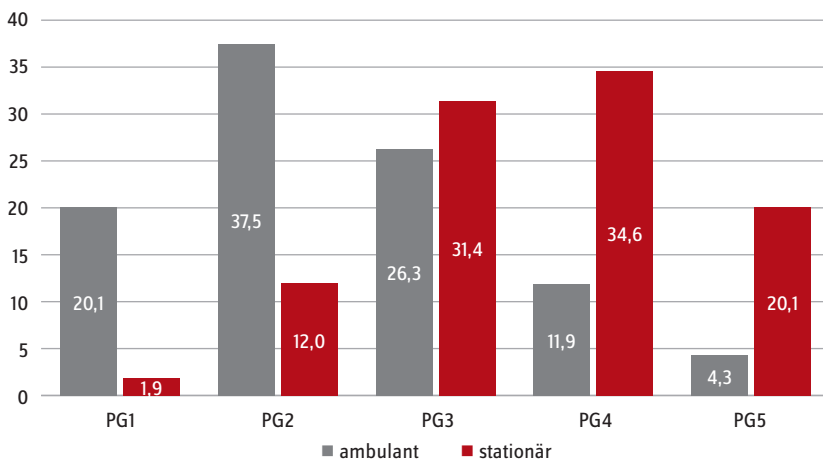


Abb. 14: Ergebnisse der Pflegebegutachtungen ambulant (n = 396.419) und stationär (n = 69.963) im ersten Quartal 2018, Anteile in % nach Pflegegraden
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Daten MDS

Um einen Gesamteindruck zu erhalten, sind sowohl die Ergebnisse für die ambulant (graue Säulen) als auch für die stationär (rote Säulen) betreuten pflegebedürftigen Personen abgebildet. Erwartungsgemäß überwiegen im ambulanten Bereich die Pflegegrade 1 bis 3 (zusammen 84 %), während es im stationären Bereich die höheren Pflegegrade 3 bis 5 sind (zusammen 86 %). Das zeigt ganz deutlich, dass bei niedrigeren

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

Pflegegraden, die auf noch nicht so ausgeprägte Verluste der funktionalen Fähigkeiten hinweisen, noch eher eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit möglich ist. Mit Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich ableiten, dass die Gruppe der ambulant Gepflegten im Vergleich zu den stationär betreuten Pflegebedürftigen über höhere gesundheitliche Ressourcen und Funktionsfähigkeit und damit andere Potenziale für gezielte Maßnahmen verfügen.

Die seit Mitte Dezember 2018 vorliegenden Daten der Pflegestatistik 2017 bestätigen das Bild – die Hälfte der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen hat Pflegegrad 2, rund 30 % Pflegegrad 3 und nur rund 15 % ist stärker eingeschränkt (Pflegegrade 4 und 5) (vgl. Abbildung 15).

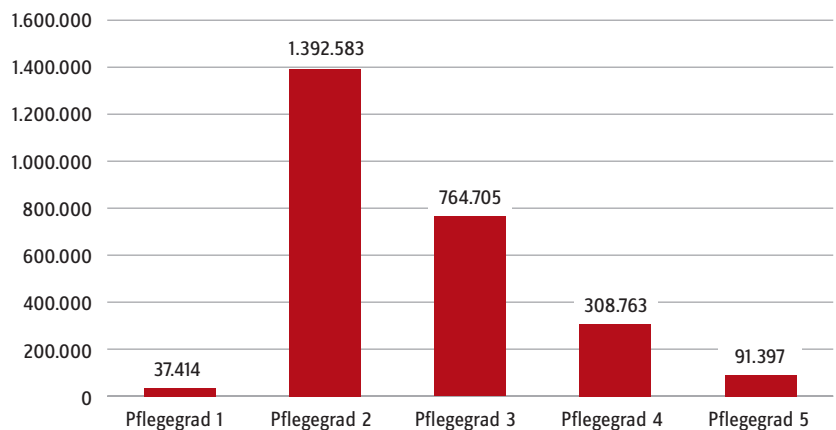


Abb. 15: Zu Hause versorgte Pflegebedürftige zum 31.12.2017 nach Pflegegraden

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pflegestatistik 2017

Allein lebende pflegebedürftige Personen sind am häufigsten in die Pflegestufe 1 eingruppiert und haben in 85 % der Fälle einen oder mehrere pflegende Angehörige, bei denen es sich meist um die Kinder oder um Nachbarinnen und Nachbarn der Betroffenen handelt (Schneekloth et al. 2017, S. 47). Es zeigt sich, dass die Anzahl der Haushalte, in denen Menschen von mehr als einem Angehörigen betreut werden, konstant zurückgeht. Somit stehen den pflegebedürftigen Menschen weniger Personen zur Verfügung, die die Betreuung übernehmen. Auch wenn mehrere private Pflegepersonen einbezogen sind, so trägt meist einer von ihnen die Hauptlast der häuslichen Pflege mit einem Umfang von mehr als zehn Stunden wöchentlich. Pflegende Angehörige sind in den meisten Fällen die Partnerinnen bzw. Partner oder die Töchter der Pflegebedürftigen, die tendenziell im Zeitraum von 1998 bis 2016 zunehmend in getrennten

Haushalten leben. Die Pflegepersonen sind zudem meist weiblichen Geschlechts, zwischen 55 und 64 Jahre alt, verheiratet und haben Kinder, die schon über 18 Jahre alt sind (ebd., S. 55 ff.).

4.2.2 Leistungen der Pflegeversicherung für die ambulante Versorgung

Leistungen der Pflegeversicherung können in Form von Geld- oder Sachleistungen oder einer Kombination aus beidem gewährt werden. Hinzu kommen Leistungen wie Verhinderungs- und Kurzzeitpflege oder Zuschüsse für Pflegehilfsmittel (Schneekloth et al. 2017, S. 73). Die Höhe beider Leistungsangebote richtet sich nach der Pflegestufe bzw. dem Pflegegrad. Für Sachleistungen wird in jedem Fall ein höherer Betrag gewährt als bei Geldleistungen (ebd., S. 51).

Allein lebende Personen beziehen etwas häufiger Sachleistungen der Pflegeversicherung und weniger Geldleistungen (ebd., S. 47). Kombinationsleistungen werden in steigendem Maß in Anspruch genommen (ebd., S. 73). In der Gesamtheit aller befragten Pflegebedürftigen zeigt sich jedoch, dass die Inanspruchnahme von Pflegegeld mit einem Anteil von 66 % im Jahr 2016 am höchsten war (2017 lag er bei 68 %), gegenüber Sach- oder Kombinationsleistungen.

Dies führen die Autoren darauf zurück, dass der Bezug von Pflegegeld formal einfacher durchführbar ist. Er erfordert keine Einbindung eines Pflegedienstes und das Versorgungssetting ändert sich dadurch ebenfalls nicht. Die Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen möchte zudem nicht von fremden Personen gepflegt werden (ebd., S. 82). Das Pflegegeld wird am häufigsten für laufende Ausgaben, die durch die Pflege entstehen, oder als Aufwandsentschädigung für pflegende Angehörige verwendet. Aufgegliedert in die Pflegestufen zeigte sich, dass Menschen mit Pflegestufe 0 eher ihre Angehörigen entschädigen, während in den Pflegestufen 1 bis 3 das Pflegegeld am häufigsten für die laufenden Pflegekosten verwendet wurde (ebd., S. 79). Werden Sachleistungen oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen, so liegt der Grund dafür häufig in einer angemesseneren Betreuung (ebd., S. 85).

4.2.3 Ergänzende Leistungen für ambulant versorgte Pflegebedürftige

Zur Stabilisierung des ambulanten Settings und zur Entlastung pflegender Angehöriger gibt es eine Reihe von ergänzenden Leistungen der Pflegeversicherung. Dazu gehören teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege), Kurzzeit- und Verhinderungspflege, finanzielle Hilfen zur Wohnraumanpassung und für ambulant betreute Wohngruppen sowie niedrigschwellige Betreuungsangebote.

Am häufigsten (79 %) werden diese in Form von Hilfsmitteln in Anspruch genommen, gefolgt von dem Bezug von Verhinderungspflege mit 24 %. Im Verlauf von 1998 bis 2016 stieg die Inanspruchnahme der Zusatzleistungen vor allem in der Verhinderungspflege (1998: 9 %; 2016: 24 %) und der baulich-technischen Maßnahmen (1998: 8 %; 2016: 23 %) (Schneekloth et al. 2017, S. 77 f.). Beide Aspekte tragen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei, auch bei pflegenden Angehörigen.

Teilstationäre Leistungen der Tagespflege werden von 78.000 ambulant versorgten Pflegebedürftigen (4 %) regelmäßig in Anspruch genommen, am häufigsten von Personen mit Pflegestufe 2 und 3. Gründe dafür sind vor allem die angemessenere Betreuung sowie die Entlastung der pflegenden Angehörigen (Schneekloth et al. 2017, S. 89 ff.).

Pflegebedürftige Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI haben Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, welche in Höhe von 104 bis 208 Euro monatlich gewährt werden (ebd., S. 93). Dass auch Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz diese Leistungen beziehen können, ist den wenigsten bekannt (26 %) (ebd., S. 96). Die Mehrheit der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI in der Häuslichkeit nehmen diese Leistung jedoch nicht in Anspruch (55 %), obwohl alle befragten Personen mit Pflegestufe 0 in diesem Bereich eingeschränkt sind und Personen der Pflegestufe 2 und 3 zu jeweils 44 %. Als häufigster Grund dafür wird angegeben, dass die pflegebedürftigen Personen nicht von fremden Menschen betreut werden möchten (ebd., S. 99). Die Inanspruchnahme ist bei Pflegestufe 0 mit 22 % und Pflegestufe 3 mit 31 % am größten (ebd., S. 94 f.). Als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden niedrigschwellige Betreuung sowie Einsätze von ambulanten Diensten am häufigsten genutzt (ebd., S. 98).

Eine Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI kann aufgrund von zwei Ereignissen im Rahmen der ambulanten pflegerischen Versorgung ausgelöst werden: bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder nach Krankenhausaufenthalt, wenn die häusliche Versorgung vorübergehend nicht gewährleistet ist. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) ersetzt die Betreuung der pflegenden Angehörigen bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Abwesenheit entweder durch einen ambulanten Pflegedienst, eine andere private Pflegeperson oder eine stationäre Pflege. So wird im Gegensatz zur Kurzzeitpflege teilweise das Versorgungssetting aufrechterhalten (ebd., S. 112). Das Angebot der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird am häufigsten von Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 in Anspruch genommen. Im Gegensatz zur nahezu gleichbleibenden bzw. sogar rückläufigen Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege für den Zeitraum 1998 bis 2016 steigt der Leistungsbezug der Verhinderungspflege im gleichen Zeitraum. Es ist den meisten Befragten nicht bekannt, dass sich seit 2015 der Leistungsumfang von der Kurzzeit- und Verhinderungspflege erhöht hat und eine Umwidmung der Beträge – komplett von Verhinderungs- in Kurzzeitpflege sowie teilweise von Kurzzeit- in Verhinderungspflege – möglich ist (ebd., S. 103 ff.).

Wohnraumanpassungen können dazu beitragen, die Selbstständigkeit in der Häuslichkeit zu erhalten, indem Barrieren abgebaut oder fördernde Faktoren eingebaut werden. Die Installation eines Treppenlifts oder einer barrierefreien Dusche stellen zwei Möglichkeiten von vielen dar, die die Mobilität sichern können. Dafür ist ein maximaler Zuschuss von 4.000 Euro pro Maßnahme möglich. Diese Leistung ist etwas weniger als der Hälfte der Befragten bekannt und wird von Menschen der Pflegestufe 3 am häufigsten in Anspruch genommen (40 %). 73 % der Befragten haben jedoch noch keinen Antrag für baulich-technische Maßnahmen gestellt, da die Umgestaltung bisher nicht erforderlich war oder die Kosten des Umbaus die Zuschusshöhe weit übersteigen würde (Schneekloth et al. 2017, S. 115 ff.).

Ambulant betreute Wohngruppen können zum einen über einen laufenden monatlichen Zuschlag von 214 Euro pro Bewohnerin oder Bewohner finanziert werden. Zum anderen wird zur Einrichtung einer solchen Gruppe eine Anschubfinanzierung in Höhe von 2.500 Euro pro Bewohnerin/Bewohner gewährt. Dadurch kann ein Maximalbetrag von 10.000 Euro bereitgestellt werden. Die Inanspruchnahme dieses Leistungsangebots ist sehr gering (< 1 % der pflegebedürftigen Menschen), erfährt jedoch wachsende Beliebtheit (ebd., S. 124 ff.).

28 % der Pflegebedürftigen nahmen 2016 selbst finanzierte Hilfen von professionellen Helfern oder sozialen Diensten in Anspruch – das waren 11 % mehr als 2010 (ebd., S. 155 f.). Am höchsten war der Anteil in Pflegestufe 3 (36 %). Abbildung 16 zeigt, welche Leistungen im Vergleich von 2010 zu 2016 selbst finanziert werden.

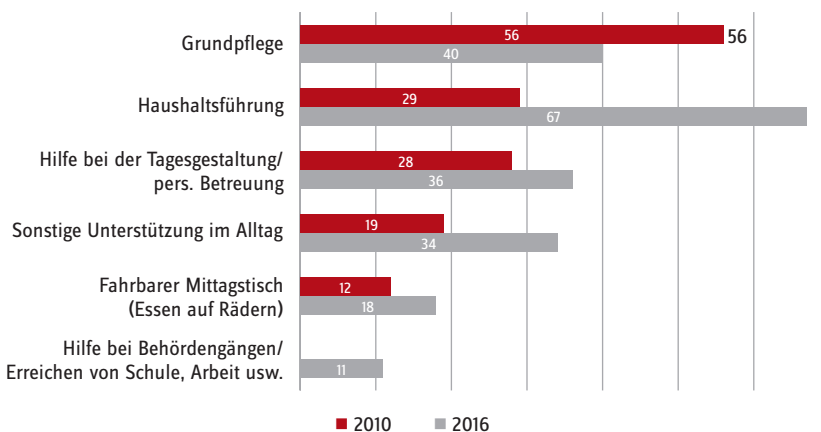


Abb. 16: Selbst finanzierte professionelle Hilfen – Anteil derjenigen, die Hilfen mindestens einmal pro Woche in Anspruch nehmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, Angaben in %) Quelle: Schneekloth et al. 2017, S. 158

Am häufigsten wurden 2016 Hilfen bei der Haushaltsführung, der Grundpflege und der Tagesgestaltung/persönlichen Betreuung privat finanziert. Die private Zahlungsbereitschaft offenbart ein Stück weit, in welchen Bereichen bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen Einschränkungen und Präferenzen im Hinblick auf die Selbstständigkeit im Alltag bestehen. Auffällig ist, dass bei allen genannten Hilfen ein Zuwachs zu verzeichnen war, mit Ausnahme der Grundpflege, wo ein deutlicher Rückgang erfolgte. Ursache könnten u. a. die seit 2010 ausgeweiteten Leistungsbeträge der SPV sein.

„Rechnet man diejenigen, die selbst finanzierte Hilfen in Anspruch nehmen, und diejenigen, die Sachleistungen der Pflegeversicherung beziehen, zusammen, so nutzt insgesamt die Hälfte der Pflegebedürftigen pflegerische, hauswirtschaftliche oder sonstige gewerbliche ambulante Dienstleistungsangebote. Dieser Anteil ist damit seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. War die Zunahme von 1998 bis 2010 auf 38 Prozent durch die gestiegene Inanspruchnahme von Sach- bzw. Kombileistungen bedingt, sind für die weitere Zunahme um mehr als zehn Prozentpunkte auch die privat-finanzierten Unterstützungsleistungen von Bedeutung“ (Schneekloth et al. 2017, S. 158).

Insgesamt zeigen sich die befragten pflegebedürftigen Personen mit dem Leistungsangebot und -umfang der Pflegeversicherung zufrieden (vgl. ebd., S. 122 ff.). Unterstützung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer oder Selbsthilfegruppen wird in allen Pflegestufen eher wenig bis gar nicht in Anspruch genommen (ebd., S. 152 ff.).

4.2.4 Heil- und Hilfsmittel, ärztliche Versorgung

Heil- und Hilfsmittel tragen dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu reduzieren oder zu verhindern. Zu den Heil- und Hilfsmitteln gehören nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie und podologische Therapie. Alle diese Maßnahmen gehören zur Prävention und Rehabilitation, zu deren Mitwirkung die pflegebedürftigen Menschen laut § 40 Abs. 1 SGB V verpflichtet sind. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen empfiehlt im Rahmen der Begutachtung zur Pflege ggf. auch Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen oder den Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln.

Entsprechende Empfehlungen wurden 2016 bei insgesamt 37 % der Pflegebedürftigen ausgesprochen, am häufigsten bei Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe 3 (siehe Abbildung 17). Allerdings erhielten nur 37 % der Pflegebedürftigen, denen man Heilmittel oder Reha-Maßnahmen empfohlen hatte, anschließend eine entsprechende Information der Pflegekasse. Dem Präventionsgedanken folgend und ausgehend von der Tatsache, dass Personen mit niedrigeren Pflegegraden noch in geringerem Maße funktional eingeschränkt sind, müssten diese eigentlich über höhere Präventionspotenziale verfügen

und daher in höherem Umfang Empfehlungen zu gesundheitsfördernden bzw. präventiven Maßnahmen erhalten mit dem Ziel, dem weiteren Verlust der Selbstständigkeit vorzubeugen.

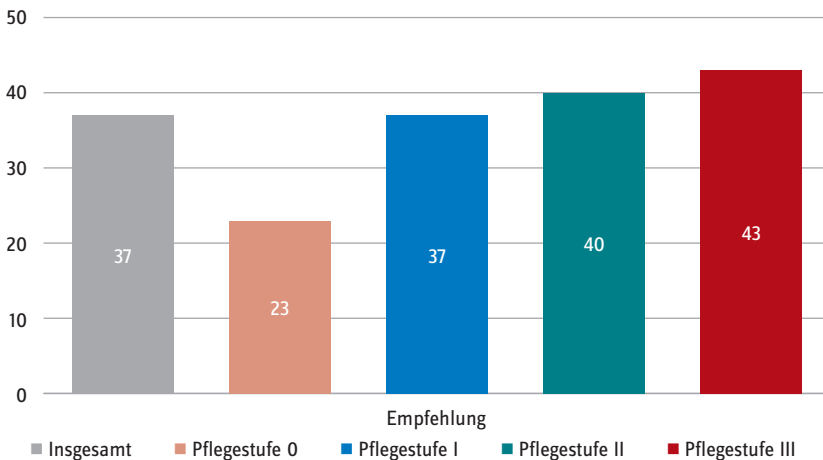


Abb. 17: Empfehlung von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst, 2016 (%)

Quelle: Schneekloth et al. 2017, S. 128

Heilmittel wurden deutlich häufiger empfohlen als Rehabilitationsmaßnahmen (siehe Abbildung 18). In den meisten Fällen wurden Krankengymnastik oder Bewegungstherapie empfohlen (27 %, gegenüber 2010 Zunahme um 10 Prozentpunkte). Mit großem Abstand folgt die Empfehlung von Ergotherapie (9 %) und Massagen, Bädern, Rotlicht oder Elektrotherapie (8 %). Die Zahl der Empfehlungen zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen war im Zeitraum 2010 bis 2016 rückläufig, während die Empfehlungen zu ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen gestiegen sind.

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

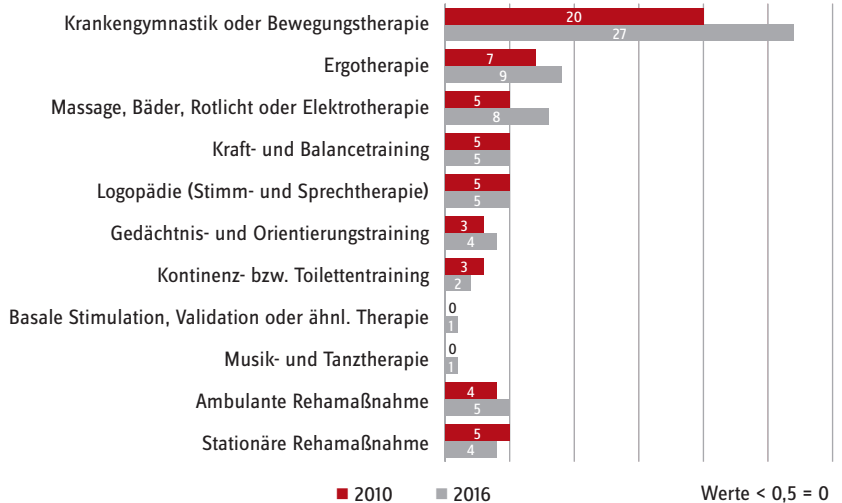


Abb. 18: Im Rahmen der Begutachtung vom MDK empfohlene Maßnahmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)
Quelle: Schneekloth et al. 2017, S. 129

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden häufiger in Anspruch genommen. Häufigster Grund für eine Ablehnung der Reha-Maßnahme ist die Ablehnung durch die pflegebedürftige Person (Schneekloth et al. 2017, S. 127 ff.).

Hilfsmittel haben im Jahr 2016 etwa 79 % aller befragten pflegebedürftigen Personen erhalten. Dabei handelt es sich am häufigsten um ein Pflegebett (79 %) und ein Waschsistem (34 %).

Auch die ärztliche Versorgung und ein mit steigender Pflegebedürftigkeit erschwerter Zugang zu medizinischen Leistungen nehmen einen hohen Stellenwert in der ambulanten pflegerischen Versorgung ein. Eine fachärztliche Betreuung findet meist nicht außerhalb der Praxisräume statt, wobei eine hausärztliche Betreuung in der Regel auch über Hausbesuche erfolgen kann. In einem Quartal haben etwa 60 bis 70 % der pflegebedürftigen Patienten Kontakt zu einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner. Menschen mit Pflegestufen 1 bis 3 haben häufiger ärztlichen Kontakt als Menschen der Pflegestufe 0. Dies kann in der Schwere der somatischen Erkrankungen begründet sein. Auch nehmen Frauen häufiger ärztliche Leistungen in Anspruch als Männer. Fachärztlichen Behandlungen durch Orthopäden unterzogen sich häufiger Menschen mit Pflegestufen 1 bis 3, während nervenärztliche Behandlungen vorwiegend durch Menschen mit Pflegestufe 0 in Anspruch genommen wurden. Zahnärztliche

Behandlungen werden häufiger bei Personen mit Pflegestufe 0 erbracht. An dieser Stelle kann vermutet werden, dass dies in erster Linie mit der eingeschränkten Mobilität von Personen mit höheren Pflegestufen zusammenhängt (ebd., S. 137 ff.).

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

4.2.5 Pflegeberatung und Pflege von Personen mit Migrationshintergrund

In der Studie von Schneekloth et al. (2017) wurden ebenfalls pflegebedürftige Personen ohne Leistungsbezug abgebildet. Diese sind am häufigsten unter 60 Jahre alt und allein lebend. Als häufigster Grund für ihre Pflegebedürftigkeit gaben sie körperliche Beeinträchtigungen an (83 %).

Herausgearbeitet werden konnte zudem, dass der Wissenstand hinsichtlich gesetzlicher Regelungen und Neuerungen bei Leistungen der Pflegeversicherung in allen Pflegestufen nur teilweise eher gut ist und oft auch als eher schlecht eingeschätzt wird (ebd., S. 143 f.). Daraus ergibt sich ein erheblicher Informations- und Beratungsbedarf, der am häufigsten durch die Pflegekasse, in der ärztlichen Versorgung oder durch ambulante Pflegedienste geleistet wird. Diese Akteure erwiesen sich nach Aussagen der Befragten als sehr bis eher hilfreich. Die Möglichkeiten, sich über die Qualität der Pflege zu informieren, seien dennoch insgesamt unbefriedigend.

Das Angebot der Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI soll Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Suche nach einem passenden Pflegearrangement erleichtern, die Erstellung und Begleitung der Umsetzung eines Versorgungsplans beinhalten und bei der Einholung von Genehmigungen durch die Leistungsträger unterstützen. Insgesamt nutzen nur 10 % im Jahr 2010 dieses Angebot mit stetiger Steigerung auf 29 % im Jahr 2016. Am häufigsten fand die Beratung einer pflegebedürftigen Person gemeinsam mit Angehörigen innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung zu Hause statt. Häufigste Merkmale dieser Pflegeberatungen sind das Eingehen auf Wünsche der pflegebedürftigen Person, Hinweise auf die Angebote der Selbsthilfe und das Erstellen eines Versorgungsplans. Die Pflegesituation der Betroffenen konnte dadurch nur etwas verbessert werden, das gaben 38 % der Befragten an und zeigten sich eher zufrieden mit der Pflegeberatung. Häufigste Gründe für eine fehlende Inanspruchnahme sind, dass sich die Personen ausreichend Informationen aus anderen Quellen beschaffen oder dass der Beratungsanspruch gem. § 7 a SGB XI nicht bekannt ist (ebd., S. 147 f.).

Auch Themenbereiche wie gleichgeschlechtliche Pflege, Pflege von Personen mit Migrationshintergrund und Gewalt in der Pflege werden angesprochen. So möchten 36 % der pflegebedürftigen Personen gern ausschließlich von Personen ihres Geschlechts gepflegt werden. 1 % der Befragten gab an, in den letzten zwölf Monaten verbale oder körperliche Gewalt durch beruflich Pflegenden erlebt zu haben (ebd., S. 87 ff.).

Haben Pflegebedürftige einen Migrationshintergrund, so sind sie zu 50 % 80 Jahre und älter, leben mehrheitlich allein, mit dem Partner bzw. der Partnerin oder sind verwitwet und leben gemeinsam mit ihren Angehörigen. Knapp die Hälfte dieser pflegebedürftigen Personen hat Pflegestufe 1. Sie sind eher schlecht über das Angebot der Pflegeversicherung informiert. Nutzen sie jedoch Pflegeversicherungsangebote, so sind dies häufig Pflegegeld und Hilfsmittel. Auch bei ihnen zeigt sich, dass der Grund für eine fehlende Inanspruchnahme von Sachleistungen meist darin liegt, nicht von einer fremden Person gepflegt werden zu wollen (ebd., S. 160 ff.).

In der Pflege von Personen mit Migrationshintergrund steht die Kommunikation in der Muttersprache im Vordergrund. Daher wird der sprachlichen Verständigung große Bedeutung beigemessen, die in der Erhebung von Schneekloth et al. 2017 nur in 2 % der Fälle nicht gegeben war. Dort wurden pflegebedürftige Personen von beruflich Pflegenden versorgt, die nicht ihre Sprache sprechen konnten.

4.3 Situation und Potenziale pflegender Angehöriger

Laut der GEDA-Studie 2012 ist der Anteil pflegender Angehöriger in der Altersgruppe zwischen 55 und 69 Jahren am höchsten: 6,0 % der Männer unterstützen ihre pflegebedürftigen Angehörigen sowie 11,9 % der Frauen (Wetzstein et al. 2015, S. 4). Gegenüber 1996 ist der Anteil der pflegenden Angehörigen um 4 % gestiegen (1996, S. 12 %) und der Anteil derer, die mehr als eine Person unterstützen, hat sich von 13 auf 24 % erhöht (Klaus/Tesch-Römer 2017, S. 185).

Insgesamt wird weniger Zeit für die Pflegeaufgaben aufgewendet. Der Fokus liegt auf der Unterstützung bei weniger aufwendigen Tätigkeiten, wie Hilfe im Haushalt. Damit einher geht eine Senkung der aufbrachten Zeit pro Woche von etwa 20 Stunden (1996) auf rund 11 Stunden (2014). Der Aufwand hat sich innerhalb dieses Zeitraums nahezu halbiert (Klaus/Tesch-Römer 2017, S. 185).

Die Mehrheit der Pflegenden kümmert sich um nahestehende Angehörige innerhalb der Kernfamilie: 17 % unterstützen im Jahr 2014 ihren Partner bzw. ihre Partnerin, 13,2 % unterstützen ihren Vater, 36 % ihre Mutter (Klaus/Tesch-Römer 2017, S. 185). Nur etwa einer von zehn pflegenden Angehörigen engagiert sich außerhalb der Kernfamilie (Wetzstein et al. 2015, S. 4).

Die Vereinbarung von Unterstützungsaufgaben und Erwerbstätigkeit wird häufiger durch Frauen als Männer geleistet. Laut der GEDA-Studie erbringen mehr Niedriggebildete Pflegeleistungen (Wetzstein et al. 2015, S. 5). Klaus und Tesch-Römer ermittelten im Rahmen des DEAS jedoch, dass Hochgebildete häufiger als niedriger Gebildete Angehörige

pflegen. 13,9 % der Frauen zwischen 40 und 65 Jahren sind im Jahr 2014 berufstätig und übernehmen gleichzeitig Pflegeaufgaben bei ihren pflegebedürftigen Angehörigen (Männer: 9,6 %) (Klaus/Tesch-Römer 2017, S. 185).

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

4.3.1 Zeitaufwand und Tätigkeiten informell Pflegender

Familienangehörige, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn oder ehrenamtlich Helfende erbringen mehrheitlich Pflege- und Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich, die sog. informelle Pflege. Diese wurde im Jahr 2014 von 16 % der 40- bis 85-Jährigen erbracht. Damit zeichnet sich im Vergleich zu den vorangegangenen Erhebungsjahren ein steigender Trend ab, der auf den wachsenden Bedarf der familialen Unterstützungsleistungen hindeutet. Dieser ist wiederum in der wachsenden Zahl Pflegebedürftiger und im Anstieg der Lebenserwartung begründet und damit einer Verschiebung zugunsten der Hochaltrigkeit.

Gleichwohl wird deutlich, dass auch die informell Pflegenden immer älter werden. Während bis zum Alter von 53 Jahren die Pflegequoten von 1996 bis 2014 relativ stabil blieben, ist ab einem Alter von 54 Jahren in diesem Zeitraum ein Anstieg des Alters dieser Personen zu verzeichnen. Etwa 40 % sind zwischen 54 und 65 Jahre alt.

Frauen übernehmen im Gegensatz zu Männern weiterhin den Hauptteil der Unterstützungsleistung. Diese ist vor allem bei informell Pflegenden mit mittlerem und hohem Bildungsniveau gestiegen. Seit jeher wird der Großteil der Unterstützung innerhalb der Kernfamilie erbracht. Dies setzte sich auch im Erhebungsjahr 2014 fort. Am meisten Unterstützung erhalten Mütter, gefolgt von Ehepartnerinnen und -partnern sowie Vätern. Weiterhin ist festzuhalten, dass im Jahr 2014 mehr Menschen als je zuvor unterstützt wurden. 82 % erhielten Begleitungsleistungen, 65 % Haushaltshilfe und ca. 28 % Pflege durch ihre Angehörigen. Die Pflege von Angehörigen geht zunehmend mit Erwerbstätigkeit einher. Erwerbstätigkeit und gleichzeitig Unterstützungsaufgaben werden häufiger von Frauen und Hochgebildeten geleistet als von Männern und weniger gebildeten Personen (Klaus/Tesch-Römer 2017, S. 189 ff.).

Hielscher et al. (2017) haben in ihrer Studie noch detailliertere Informationen zu den Tätigkeitsbereichen informell Pflegender herausgearbeitet. Anhand der folgenden Tabelle 8 werden die Tätigkeitsbereiche der Hauptpflegeperson mit Zeitaufwand, getrennt nach Pflegestufen, dargestellt.

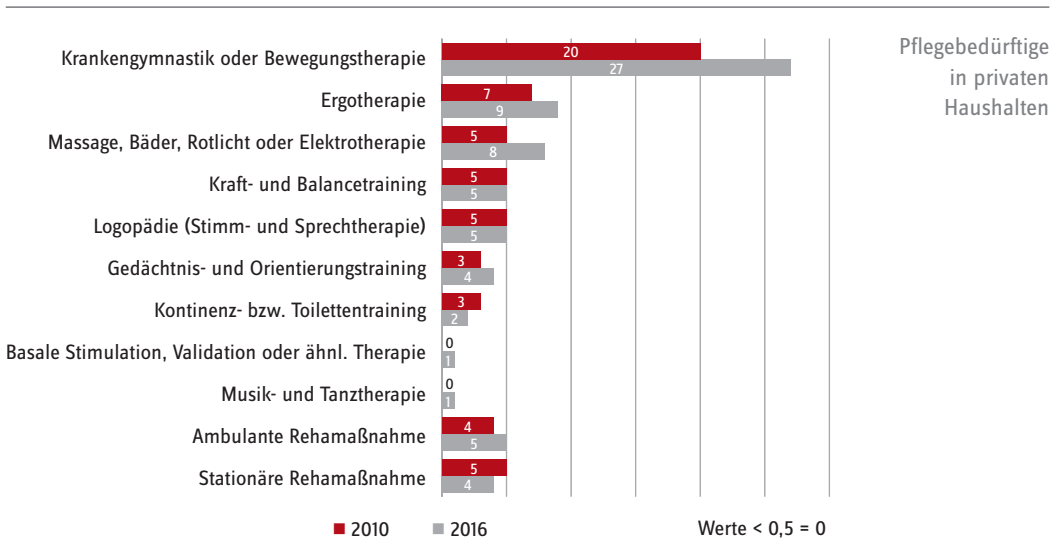
Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

Pflegestufe	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Hauswirtschaft	Arztbesuche	Organisation	Betreuung	Wegezeiten	Gesamt/Woche	Gesamt/Tag
Gesamt (n = 953)	7,7	5,2	5,6	13,0	1,4	2,0	16,5	3,0	54,6	7,8
Keine Pflegestufe (n = 65)	3,3	1,5	3,3	9,9	1,3	1,5	8,0	2,7	31,3	4,5
Pflegestufe 0 (n = 139)	2,3	1,4	2,1	12,0	1,4	1,7	15,2	3,0	39,0	5,6
Pflegestufe 1 (n = 255)	6,5	3,1	4,9	12,7	2,0	1,9	12,5	3,0	46,6	6,7
Pflegestufe 2 (n = 233)	8,9	5,9	6,9	12,7	1,4	2,2	14,7	3,1	55,7	8,0
Pflegestufe 3 (n = 261)	11,6	9,8	7,6	15,0	1,0	2,4	25,0	3,0	75,6	10,8

Tab. 8: Zeitaufwendungen der Hauptpflegeperson nach Tätigkeitsbereichen und nach Pflegestufen in Stunden pro Woche (Mittelwert)
Quelle: Hielscher et al. 2017, S. 56

Die Hauptpflegeperson hat, je nach Pflegestufe, einen Zeitaufwand von 31,3 bis 75,6 Wochenstunden (im Durchschnitt sind es 54,6 Stunden). Daraus ergibt sich ein täglicher Umfang von 4,5 bis 10,8 Stunden. Der Zeitaufwand kann also höher sein als eine Vollzeitbeschäftigung. Mit zunehmender Pflegestufe erhöht sich kontinuierlich die Zahl der Wochenstunden für die erbrachten Pflege- und Unterstützungsleistungen durch die Hauptpflegeperson. Die Betreuung sowie die hauswirtschaftliche Versorgung nimmt, unabhängig von der Pflegestufe, die meiste Zeit ein. Selbst pflegebedürftige Personen ohne Pflegestufe, aber mit Pflegebedarf, benötigen eine wöchentliche Betreuungszeit von acht Stunden.

Die folgende Abbildung 19 basiert auf den Werten der vorangegangenen Tabelle und bildet den wöchentlichen Zeitbedarf nach Pflegestufen (ohne Pflegestufe 0) für die drei Bereiche Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten (ADL – Zusammenfassung von Körperpflege, Ernährung und Mobilität), Hauswirtschaft und Betreuung ab. Die Grafik verdeutlicht den typischen Verlauf von Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarf im Zeitverlauf: Zu Beginn mit einsetzender Pflegebedürftigkeit zeigt sich zunächst ein hoher Unterstützungsbedarf im Haushalt. Dieser tritt mit fortschreitenden Funktionseinbußen zugunsten der ADL-Unterstützung in den Hintergrund und auch der Zeitaufwand für Betreuung übersteigt den Aufwand für Hauswirtschaft ab Pflegestufe 2.



Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

Abb. 19: Wöchentlicher Zeitbedarf für informelle Pflege bei ausgewählten Tätigkeiten nach Pflege-
stufe
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hielscher et al. 2017, S. 56

Hielscher et al. (2017) ergänzen, dass eigentlich noch weit mehr Aktivitäten zur Pflege gehören, die u. a. das Management all dieser Tätigkeitsbereiche erfordert, wie Interaktionen untereinander, die stetige Präsenz und Ansprechbarkeit und damit einhergehende Flexibilität in der Verfügbarkeit (ebd., S. 58).

Wenn weitere Angehörige in die Pflege und Unterstützung einbezogen sind, so gestalten sich deren Tätigkeitsbereiche mit dazugehörigen Zeitaufwendungen wie in Tabelle 9 dargestellt:

	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Hauswirtschaft	Arztbesuche	Organisation	Betreuung	Wegezeiten	Gesamt/Woche	Gesamt/Tag
Weitere Angehörige (n = 470)	1,1	1,0	1,0	2,4	0,4	0,7	3,4	1,4	11,4	1,6
Freunde, Nachbarn (n = 179)	0,8	0,5	0,8	2,2	0,3	0,3	4,3	1,4	10,6	1,5

Tab. 9: Zeitaufwendungen informeller Helferinnen und Helfer in Stunden pro Woche (Mittelwert)
Quelle: Hielscher et al. 2017, S. 59

Der zeitliche Aufwand für weitere Angehörige beträgt durchschnittlich 11,4 Wochenstunden und damit 1,6 Stunden täglich. Der zeitliche Aufwand für Freundinnen und Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn ist nicht weniger gering mit einem Umfang von 10,6 Wochenstunden im Durchschnitt und etwa 1,5 Stunden täglich. Auch hier konzentriert sich der größte Aufwand auf das Erbringen von Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftlichen Erledigungen. Interessant ist hier, dass Freundinnen und Freunde sowie Nachbarinnen und Nachbarn teilweise mehr Betreuungsleistungen erbringen als die pflegenden Angehörigen. Die Wegezeiten nehmen bei beiden Gruppen einen zeitlichen Umfang von etwa 1,4 Wochenstunden in Anspruch. Bei allen anderen Tätigkeitsbereichen ist der zeitliche Aufwand minimal höher unter den Angehörigen.

4.3.2 Information und Beratung von Angehörigen

Neben Angeboten wie Beratungen zur Wohnraumanpassung, präventiven Hausbesuchen und dem Einsatz geriatrischer Assessments ist die Information älterer Menschen und ihrer Angehörigen hinsichtlich ihrer Präventionsmöglichkeiten essenziell. Damit erhalten sie die Möglichkeit, eine stärkere Selbst- und Mitverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (Wurm/Tesch-Römer 2006, S. 380).

Das ZQP hat Ende 2017 eine Befragung zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention von Gesundheitsproblemen bei 1.042 zufällig ausgewählten Personen ab 50 Jahren durchgeführt, 434 davon hatten Erfahrung in der Pflege von Angehörigen (Eggert et al. 2018). Bei einem insgesamt hohen Informationsinteresse gaben nur 46 % der pflegenden Angehörigen an, über Maßnahmen zur Vorbeugung von Gesundheitsproblemen der Pflegebedürftigen informiert und beraten worden zu sein. Ein Drittel davon berichtete, die empfohlenen Maßnahmen teilweise oder gar nicht umgesetzt zu haben, und zwar insbesondere deshalb, weil die pflegebedürftige Person dies ablehnte, aufgrund von Zeitmangel oder Unsicherheit hinsichtlich der Durchführung (ebd., S. 6).

Eine Beratung zur Vorbeugung von eigenen Gesundheitsproblemen durch Pflegeberaterinnen und -berater im Rahmen einer Beratung gem. § 7 a SGB XI oder durch ambulante Pflegedienste bei Beratungsbesuchen gem. § 37 Absatz 3 SGB XI hatte die große Mehrheit der pflegenden Angehörigen (73 %) nicht erhalten. Diejenigen, die eine solche Beratung erhalten hatte, setzte jedoch mehrheitlich (53 %) die Empfehlungen nicht um (ebd.).

Diese Befunde sind ein deutliches Indiz dafür, dass eine einmalige Beratung in der Regel nicht ausreicht, um entsprechendes Handeln im Alltag zu bewirken. Hier bedarf es zumindest einer anfänglichen Schulung und Begleitung durch geeignete Fachkräfte.

Die folgende Abbildung zeigt, welche Faktoren die befragten über 50-jährigen motivieren würden, mehr für die eigene Gesundheit zu tun.

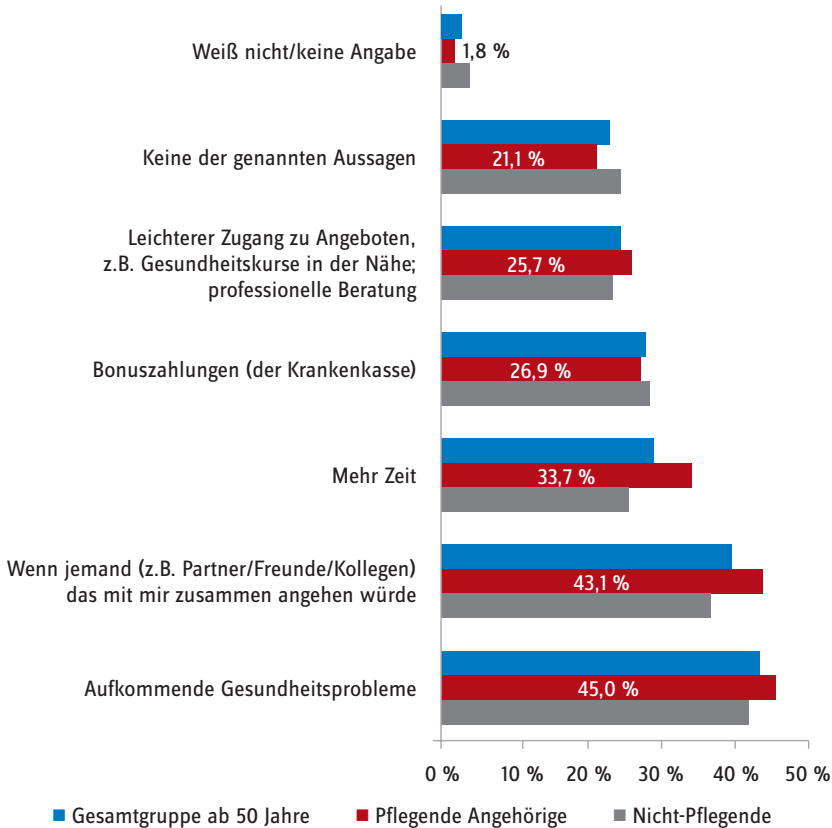


Abb. 20: Motive, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, Bevölkerung ab 50 Jahre
Quelle: Eggert et al. 2018, S. 7.

Deutlich wird, dass erst das Auftreten von Gesundheitsproblemen einen erhöhten Handlungsdruck auslöst. Das zeigt, dass das Wissen um den langfristigen Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention bzw. um die erst mit großer Verzögerung eintretenden Schäden von nicht gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen noch nicht sehr ausgeprägt ist. Bei den pflegenden Angehörigen lag der Anteil „mehr Zeit“ mit 34 % am höchsten (ebd., S. 7).

4.4 Zusammenfassung zur Charakterisierung von Pflegebedürftigen in privaten Haushalten

Pflegebedürftige im Privathaushalt sind überwiegend zwischen 70 und 89 Jahre alt, im Zeitverlauf zeigt sich ein leichter Anstieg des Durchschnittsalters.

Der überwiegende Teil der Menschen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit sind Frauen (60 %), wobei deren Anteil rückläufig ist. Die meisten pflegebedürftigen Frauen im Jahr 2016 befanden sich in der Altersgruppe 80 Jahre und älter (71 %). Männer dagegen sind in der Altersgruppe bis 59 Jahre im häuslichen Setting am häufigsten.

Zwei Drittel der ambulant betreuten Pflegebedürftigen leben nicht allein. In der Altersgruppe 60 bis 79 Jahre leben die meisten pflegebedürftigen Personen mit dem (Ehe-) Partner bzw. der Partnerin oder einem Angehörigen im häuslichen Setting. Ab dem Alter von 80 Jahren nimmt der Anteil allein lebender Menschen deutlich zu und ist in dieser Altersgruppe auch am höchsten.

Das Haushaltsnettoeinkommen von Pflegehaushalten liegt bei mehr als der Hälfte zwischen 1.000 und 2.500 Euro und ist in Ostdeutschland niedriger als in Westdeutschland. 10 % der Pflegebedürftigen haben ein Einkommen von unter 1.000 Euro monatlich, was auf einen unzureichenden finanziellen Hintergrund zur Deckung der Kosten und sich daraus ergebende Unterstützungsbedarfe in Form von Sozialleistungen schließen lässt.

Hinsichtlich des Bildungsstands von Pflegehaushalten gibt es keine eindeutigen Erkenntnisse. Aus Untersuchungen zu den Versorgungspräferenzen in sozialen Milieus lässt sich schlussfolgern, dass günstige Bedingungen für eine häusliche Versorgung am ehesten bei Personen mit niedrigem Sozialstatus zu erwarten sind. Diese wiederum verfügen tendenziell über eine geringere Gesundheitskompetenz. Ergebnisse des Alterssurveys DEAS dagegen ergaben eine höhere Unterstützungsbereitschaft bei Personen mit mittlerer und hoher Bildung und auch höhere Anteile von Personen, die Unterstützung und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren, als bei Niedriggebildeten.

Ambulant versorgte Pflegebedürftige haben häufiger niedrige Pflegestufen (I oder II) bzw. Pflegegrade (1 bis 3), während jene in Pflegeheimen in höherem Maße in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sind.

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten nimmt Pflegegeld in Anspruch. Alleinlebende nehmen häufiger Sachleistungen in Anspruch als Geldleistungen, in steigendem Umfang finden sich jedoch auch Kombinationsleistungen.

Ergänzende Leistungen zur Pflege werden überwiegend in Form von Hilfsmitteln genutzt. Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen nimmt keine zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch. Werden sie genutzt, dann am häufigsten von Menschen mit hohem Pflegebedarf (Pflegestufe 3). Letztere nehmen zudem am häufigsten folgende Leistungen in Anspruch: Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, eine Wohnraumanpassung sowie selbst finanzierte Hilfen professioneller Dienstleister, welche meist den Bereichen Haushaltsführung, Grundpflege und persönliche Betreuung zuzuordnen sind.

Insgesamt betrachtet werden Pflege- und Unterstützungsleistungen im ambulanten Setting in Deutschland mehrheitlich durch Angehörige erbracht, welche die Ergänzung durch professionelle Hilfen nur teilweise in Anspruch nehmen. Noch seltener ist professionelle Pflege vollständiger Ersatz für informelle Pflege. Zentrale Pflege- und Unterstützungspersonen sind vor allem die erwachsenen Kinder. Frauen sind häufiger und zeitintensiver in die informelle Pflege sowie die praktischen Unterstützungsleistungen eingebunden.

Wie schon im Kapitel 4.1.5 beschrieben, ist bei Menschen mit geringerem Bildungsniveau die Bereitschaft größer, informelle Pflege zu leisten. Der weitverbreitete Wunsch, das Leben so lange wie möglich im vertrauten Umfeld zu Hause verbringen zu wollen, spiegelt sich im hohen Stellenwert informeller Pflegearrangements wieder, welcher mit ausgeprägtem Familialismus einhergeht. Demnach liegt die Verantwortung für die Pflege Angehöriger hauptsächlich bei den Familienangehörigen, statt in staatlicher Hand. So kommen staatliche Leistungen erst dann in Betracht, wenn Familienmitglieder sie nicht (mehr) erbringen können. Gesetzliche Neuerungen, wie das Pflegezeitgesetz und die Familienpflegezeit, sehen die finanzielle Absicherung und zeitliche Flexibilität der informell Pflegenden vor. Diese Gesetze sind jedoch häufig unbekannt oder unzureichend, daher wird von ihnen selten Gebrauch gemacht. Dennoch ist zu beobachten, dass sich die aufgewendeten Wochenstunden für die Leistungen der informellen Pflege seit 1998 halbiert haben, von durchschnittlich 19,8 Stunden auf 10,7 Stunden im Jahr 2014. Dies ist auch am rückläufigen Belastungsempfinden der informell Pflegenden erkennbar. Der Mix aus informeller Pflege und professionellen Dienstleistern reduziert die Belastung und Verantwortung und verteilt diese auf mehreren Schultern.

Laut Klaus und Tesch-Römer (2017) stößt dieses System nach und nach an seine Grenzen, da die Zahl älterer Menschen in den kommenden Jahren weiter steigen wird und damit auch der Pflege- und Unterstützungsbedarf. Daraus ergibt sich die Problematik, dass die steigende Nachfrage nicht durch das familiäre Unterstützungssystem abgedeckt werden kann. Schon aktuell sind die Chancen auf Unterstützung durch gesunkene Kinderzahlen und gestiegene Wohnentfernungen gemindert. Die erhöhte Erwerbstätigkeitsquote verursacht ebenfalls Veränderungen der informellen Pflege. So sind mehr Frauen erwerbstätig, leisten Betreuungsarbeit bei den eigenen Kindern und pflegen die

Pflegebedürftige
in privaten
Haushalten

eigenen Eltern. Diese Generation wird als „Sandwich-Generation“ bezeichnet, da sie Aufgaben der Pflege jüngerer und älterer Generationen übernimmt. So entstehen Doppel- und Mehrfachverantwortungen (Klaus/Tesch-Römer 2017, S. 188).

Um diesem Umstand gerecht werden zu können, sind Rahmenbedingungen erforderlich, die es erlauben, Pflege von Angehörigen in Einklang mit der eigenen Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung zu bringen. Denn berufliche Verpflichtungen schränken die Flexibilität ein und erschweren die Aufwands- und Zeiteinteilung für die Pflege. Auch die zunehmende Kinderlosigkeit wird das derzeitige Versorgungssystem zukünftig vor neue Herausforderungen stellen. Der Ausbau von Entlastungsmaßnahmen für informell Pflegenden ist daher dringend geboten und die Förderung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege- bzw. Unterstützungsleistungen sollte ebenfalls ausgeweitet werden. Bei Männern und weniger gebildeten Personen lassen sich noch Potenziale mobilisieren, um die Aufgaben auch in Familien besser zu verteilen (ebd., S. 198).

5 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf

Pflegebedürftige in Privathaushalten sind überwiegend zwischen 70 und 89 Jahre alt und 60 % weisen nur geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit auf (Pflegegrad 1 und 2) (vgl. Kapitel 4). Um gesundheitsbezogene Ressourcen und Risiken zu identifizieren, wurden Daten und Erkenntnisse zur Ernährung, zur Bewegung, zum Suchtmittelkonsum und zum Gesundheitsverhalten im Alter ausgewertet. Die gesundheitliche Situation der Altersgruppe insgesamt und darunter die von Personen mit Pflegebedarf rundet das Bild ab.

5.1 Körpergewicht und Ernährung im Alter

Eine vollwertige Ernährung sichert die Zufuhr lebenswichtiger Nährstoffe und Mineralien und ist für die Erhaltung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden bis ins hohe Alter von Bedeutung. Im Falle von Krankheit trägt sie zur Genesung und Rehabilitation bei. Unter- sowie Überversorgung haben negative Auswirkungen auf den Körper und können zur Entstehung von Erkrankungen beitragen. Physiologische Alterungsprozesse tragen dazu bei, dass ältere Menschen einen anderen Nährstoffbedarf haben.

Inwiefern sich dieser im hohen Alter weiter verändert, ist nicht ausreichend untersucht. So erhebt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) bisher ausschließlich Daten der über 65-Jährigen, ohne weitere Differenzierung nach höheren Altersklassen. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) unterscheidet im Ernährungsreport 2017 Menschen in den Altersgruppen von 14 bis über 60 Jahren - auch hier wird die Altersgruppe der älteren Menschen nicht detaillierter betrachtet. Dies gilt auch für die Nationale Verzehrstudie II (NVS II), in der zwar die Altersgruppe der 65- bis 80-jährigen Darstellung findet, doch keine differenzierte Betrachtung erfolgt (BMEL 2008, S. 3 f.). Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) hat sich im Jahr 2018 zum Ziel gesetzt, die Ernährung der Altersgruppe 60+ mehr in den Fokus zu rücken (BMEL 2017, S. 3 f.). Im gleichen Jahr haben sie eine Broschüre zur Ernährung im Alter veröffentlicht, die Tipps für eine ausgewogene Ernährung ab dem 66. Lebensjahr enthält (BMEL 2018, S. 6 ff.).

Statistische Daten zur Ernährung im Alter werden vom Statistischen Bundesamt nicht erhoben (Destatis 2016, S. 12 ff.). Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamts lassen sich nur Daten zu Körpermaßen (Normal-, Über- und Untergewicht) der älteren Menschen ab 65 Jahren finden (Destatis 2018b, S. 11 ff.). Im Auftrag des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden Daten zum Ernährungsverhalten und zur Versorgungslage bezogen auf Nahrungsbestandteile (bestimmte Mineralien und Vitamine) erhoben (Mensink et al. 2016, S. 26 ff.).

Dennoch gibt es gesicherte Informationen zum Ernährungsstatus im Alter. Bekannt ist, dass durch Alterungsprozesse eine sog. Altersanorexie auftreten kann (Volkert 2015, S. 6 f.). Diese ist durch eine Vielzahl an Merkmalen gekennzeichnet, die durch ihr Zusammenwirken zu einer Gewichtsabnahme führen können und damit auch zu verminderter Leistungsfähigkeit, zu einem geringeren Energiebedarf und zum Abbau von Muskelmasse (siehe Abbildung 21). Dies wiederum begünstigt die Entstehung von Frailty.

	Altersveränderung	Auswirkungen auf die Ernährung
Regulation der Nahrungsaufnahme	Geschmacks- und Geruchsempfinden ↓ Appetit ↓ Fehlender Ausgleich der Nahrungsmenge nach Phasen erhöhter bzw. erniedrigter Zufuhr	Risiko für Mangelernährung/geringe Essmenge ↑
Wasserhaushalt	Durstempfinden ↓ Körperwasseranteil ↓ Konzentrierungsfähigkeit der Nieren ↓	Risiko für Dehydration ↑
Körperzusammensetzung	Körperfettanteil ↑ - Umverteilung: Zentralisierung Fettfreie Körpermasse ↓ - Muskelmasse ↓: Sarkopenie - Innere Organe ↓ - Knochenmasse ↓ - Körperwasseranteil ↓	Energiebedarf ↓
Gastrointestinaltrakt	Verdauungs- und Apsorptionsleistung = Häufigkeit atrophischer Gastritis ↑ Obstipationsneigung ↑	Risiko für Vitamin B ₁₂ -, Calcium-, Eisenmangel ↑ Völlegefühl, Appetitlosigkeit
Haut Nieren	Vitamin-D-Synthese ↓ Hydroxilierung von Vitamin D ↓	Risiko für Vitamin-D-Mangel ↑

↓ Abnahme, ↑ Zunahme

Abb. 21: Physiologische Veränderungen im Alter mit Bedeutung für die Ernährung
Quelle: Volkert 2015, S. 12

Auch können Menschen in älteren Lebensphasen eine schlechtere Nahrungszufuhr nicht mehr so gut ausgleichen wie jüngere. Eine reduzierte geschmacksspezifische Sättigung führt dazu, dass ein weniger großes Bedürfnis nach geschmacklicher Abwechslung besteht und somit das Risiko einer einseitigen monotonen Ernährung begünstigt wird. Die verminderte Dehnung des Magenfundus und damit einhergehende schnellere Sättigung tragen dazu bei, dass weniger Nahrung aufgenommen wird. Tritt nun ein Krankheitsfall ein, verschärft sich häufig die Situation. Nicht nur der Stoffwechsel gerät dann

aus den Fugen, es kann zu einer eingeschränkten selbstständigen Ernährungsversorgung kommen, die Unterstützung durch Dritte erforderlich macht (Angehörige, Essen auf Rädern).

Gesundheitliche Ressourcen und Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf

Welche Ursachen altersbedingte Mangelernährung neben den im Körper stattfindenden Stoffwechselprozessen noch haben kann, zeigt Tabelle 10:

altersbedingte Mangelernährung - multifaktorielle Genese	
körperliche Probleme	Kauprobleme Schluckbeschwerden Behinderungen (Lähmungen der Arme) eingeschränkte Mobilität
geistige und psychische Verfassung	Demenz Verwirrtheit psychische Probleme
soziale und finanzielle Situation	Einsamkeit Armut unzufrieden mit Heimplatz
Gesundheitszustand	Erkrankungen Schmerzen Medikamente

Tab. 10: Ursachen altersbedingter Mangelernährung nach Bisalski 2010
Quelle: Frühwald et al. 2013, S. 15

Laut Volkert kann die Mangelernährung zu einem Circulus vitiosus führen, wie Abbildung 22 zeigt:

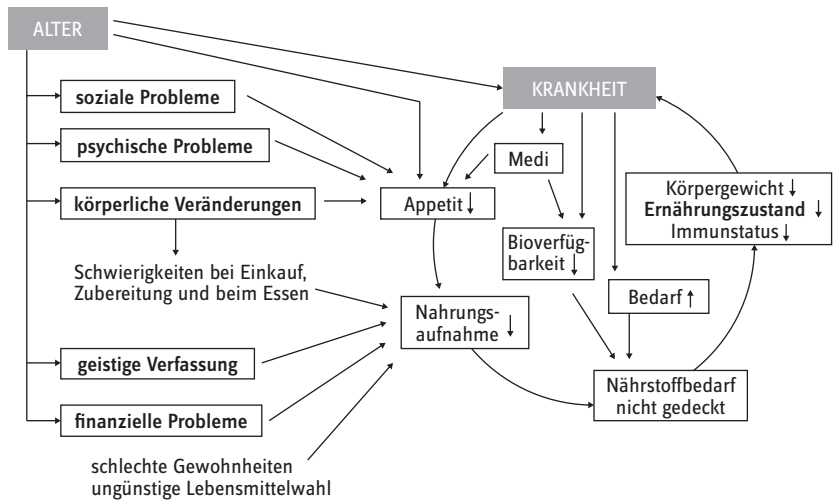


Abb. 22: Teufelskreis der Mangelernährung nach Volkert 2004
Quelle: Frühwald et al. 2013, S. 16

Die Häufigkeit einer Mangelernährung nimmt mit steigendem Alter zu. Von einer qualitativen Mangelernährung wird gesprochen, wenn die Aufnahme von Proteinen, Vitaminen und Mineralstoffen zu gering ist. Eine quantitative Mangelernährung beschreibt eine zu geringe Energieaufnahme zur Deckung des täglichen Energiebedarfs. Gerade bei Erkrankungen oder Infektionen steigt der Energiebedarf. In solchen Situationen ist eine ausreichende Energieversorgung des Körpers nicht mehr gewährleistet (Bausch et al. 2014b, S. 4). Jüngere Senioren neigen häufiger zu Übergewicht und deren Folgekrankheiten, die mit einer qualitativen Mangelernährung einhergehen kann. Bei vielen Hochbetagten steht dagegen zusätzlich ein Energiemangel und somit eine quantitative Mangelernährung im Vordergrund (Bausch et al. 2014a, S. 7).

Muskelschwäche, eine Verschlechterung der Mobilität, ein erhöhtes Komplikationsrisiko (z. B. Wundheilungsstörungen, erhöhte Infektionsanfälligkeit, Dekubitus), eine verzögerte Rehabilitation, längere Klinikverweildauern und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko sind die Folgen einer Mangelernährung (Singler et al. 2016, S. 536 f.).

Weitere Beeinträchtigungen, wie beim Zahnstatus, der mit Problemen beim Verzehr zäher oder harter Speisen einhergeht, kommen im Alter hinzu. So werden beispielsweise Äpfel gemieden, da von diesen nicht mehr abgebissen werden kann. Wenn ältere Menschen allein essen, lassen sie häufig auch Mahlzeiten aus und trinken zu wenig. Dies wiederum kann sozialen Rückzug begünstigen (Frühwald et al. 2013, S. 25 f.).

Unter- sowie Übergewicht werden durch die Ausprägung des Body-Maß-Index (BMI) dargestellt. Der BMI dient der Bewertung des Körpergewichts in Relation zur Körpergröße. Ist der BMI kleiner als 18,5, wird von Untergewicht gesprochen, ist er über 25, ist die Person übergewichtig.

Die Auswertung von Daten des Statistischen Bundesamts zu Körpermaßen der Bevölkerung (2009, 2013 und 2017) zeigt, dass wesentlich weniger Menschen ab 65 Jahren in Deutschland untergewichtig sind als übergewichtig (siehe Abbildungen 23 und 24). Im Jahr 2009 konnten die Körpermaße von insgesamt 13.542 Personen, die über 65 Jahre alt waren, ausgewertet werden (2013: 13.315, 2017: 12.675 Personen) (Destatis 2018b, Destatis 2014, Destatis 2011).

Deutlich erkennbar ist der große Anteil der Übergewichtigen mit knapp zwei Dritteln in allen drei Altersgruppen. Der Anteil der Untergewichtigen dagegen liegt lediglich bei rund 1 %. Signifikante Veränderungen im Zeitverlauf sind kaum erkennbar.

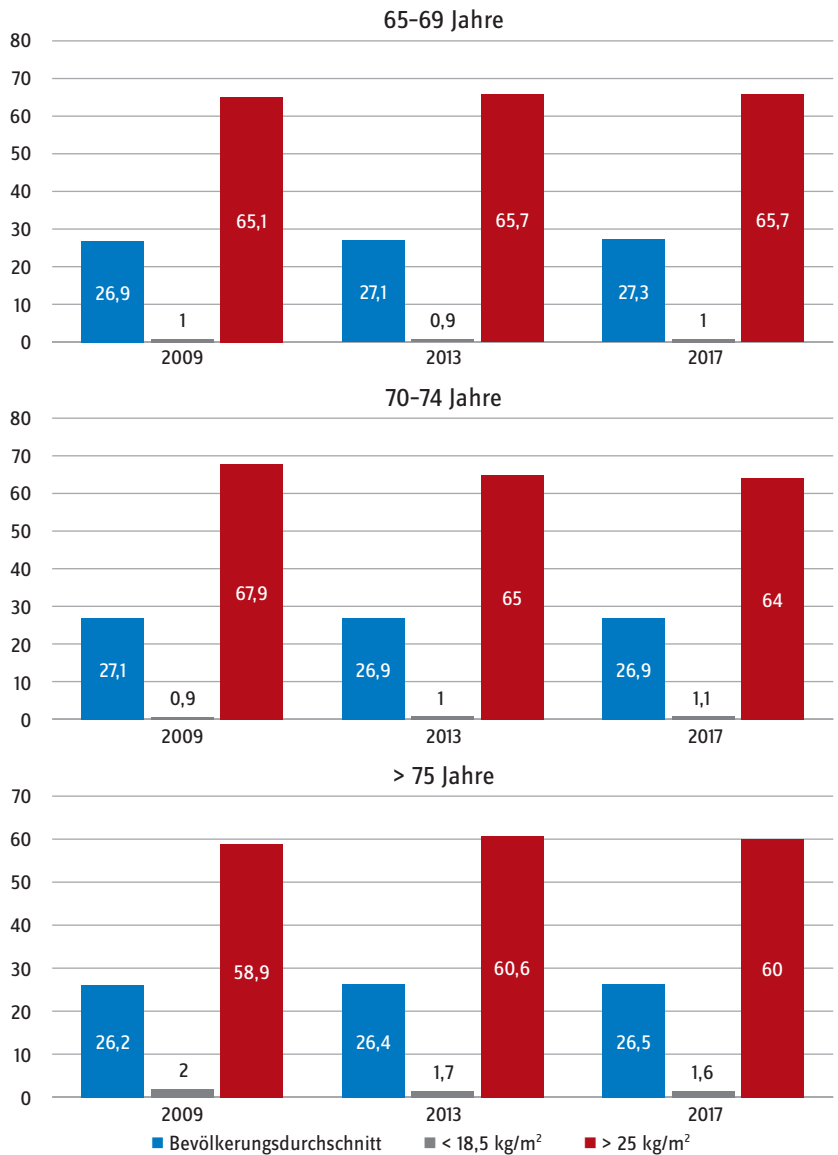


Abb. 23: Darstellung von Unter- und Übergewicht nach Altersgruppen im Zeitverlauf, Angabe in % (2009: n = 50.673; 2013: n = 47.097; 2017: n = 45.547)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis 2011, Destatis 2014, Destatis 2018b

Die folgende Grafik zeigt Daten zu Über- und Untergewicht kranker Personen ab dem 65. Lebensjahr im Verlauf. Zur Gruppe der kranken Personen höheren Alters gehören auch die Menschen mit Pflegebedürftigkeit. Auch hier sind knapp zwei Drittel eher übergewichtig, der Anteil mit Untergewicht liegt mit rund 2 % nur geringfügig höher als in der Gruppe der Älteren insgesamt. Im Zeitverlauf zeigt sich für beide Gruppen eine leicht fallende Tendenz.

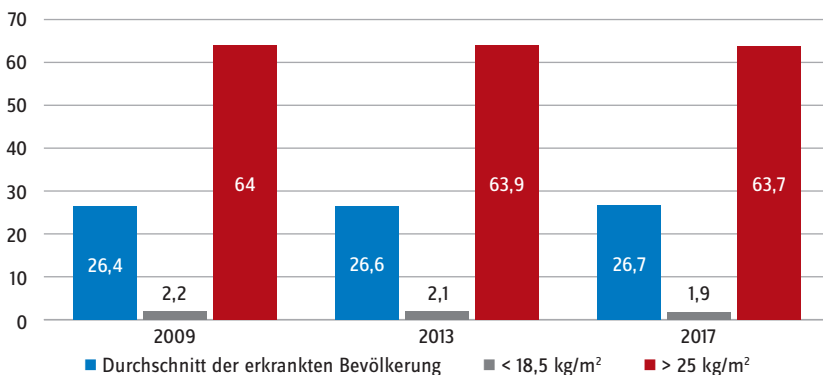


Abb. 24: Über-/Untergewicht kranker Personen ab 65 Jahren im Verlauf, Angabe in %
(2009: n = 7.529; 2013: n = 7.753; 2017: n = 7.256)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis 2011, Destatis 2014, Destatis 2018b

Als Fazit lässt sich ziehen, dass zwei Drittel der Menschen ab 65 Jahren tendenziell ein zu hohes Gewicht haben - in der gesamten deutschen Bevölkerung ist es nur ein Viertel.

Übergewicht ist hauptsächlich auf eine dauerhaft überhöhte Energiezufuhr zurückzuführen, verbunden mit zu geringer körperlicher Aktivität in Beruf und Freizeit. Ab einem BMI von 30 spricht man von Adipositas, welche mit zahlreichen Komplikationen und Folgeerkrankungen assoziiert ist. Bei Personen mit bestehender Präadipositas (BMI zwischen 25 und 30) ist ein deutlicher Trend zu beobachten, weiter an Gewicht zuzulegen und mit zunehmendem Alter eine Adipositas zu entwickeln. Die bei den Männern gegenüber Frauen deutlich frühere Manifestation einer Adipositas dürfte das Risiko für das Auftreten von durch Adipositas bedingten Begleitkrankheiten erheblich erhöhen (Benecke/Vogel 2003, S. 1):

- Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)
- Koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz
- Typ-2-Diabetes
- Fettstoffwechselstörungen
- Schlaganfall

Gesundheitliche
Ressourcen und
Risiken bei
Menschen mit
Pflegebedarf

- Schlafapnoe-Syndrom
- Hyperurikämie und Gicht
- Gallenblasenerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Orthopädische Komplikationen
- Psychosoziale Komplikationen

5.2 Bewegung im Alter

Bewegung ist ein „Allheilmittel“. Der Stoffwechsel wird angeregt, die Fettverbrennung aktiviert, das Risiko, beispielsweise an Demenz, Typ-2-Diabetes, Depression oder Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erkranken, sinkt, die Muskelkraft und Beweglichkeit sowie körperliche Belastbarkeit werden gestärkt, Entzündungsfaktoren werden gesenkt, Stress wird abgebaut, und dies hat auch Einfluss auf den seelischen Zustand. Dies sind nur einige der positiven „Nebeneffekte“ von Bewegung.

Deshalb sind Bewegung und körperliche Aktivität in jedem Alter von Bedeutung. Bei Pflegebedürftigkeit tragen sie zudem zum Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit bei. Im Deutschen Alterssurvey werden daher auch Daten zu Bewegung und körperlicher Aktivität erhoben (Spuling et al. 2017, S. 139).

„Im Jahr 2014 bestehen deutliche Alters- und Bildungsunterschiede hinsichtlich der sportlichen Aktivität: Ältere sind in geringerem Umfang aktiv als Jüngere. Trotzdem geben noch 29,8 Prozent der 70- bis 85-Jährigen an, mehrmals wöchentlich sportlich aktiv zu sein. Der Anteil mehrmals wöchentlich sportlich aktiver Personen ist bei Hochgebildeten im Vergleich zu Niedriggebildeten doppelt so hoch. Die sportliche Aktivität hat zwischen 1996 und 2014 kontinuierlich zugenommen: Zwischen 2008 und 2014 konnten jedoch nur in den Altersgruppen ab 60 Jahren weitere Verbesserungen beobachtet werden. Waren beispielsweise im Jahr 2008 noch 13,1 Prozent der 78- bis 83-Jährigen mehrmals wöchentlich sportlich aktiv, so liegt dieser Anteil im Jahr 2014 bereits bei 23,8 Prozent. Demnach haben Altersunterschiede im Anteil sportlich aktiver Personen zwischen 2008 und 2014 abgenommen“ (Spuling et al. 2017, S. 139).

In Abbildung 25 wird die sportliche Aktivität nach Altersgruppe, Geschlecht und Bildung im Jahr 2014 dargestellt. Die sportliche Betätigung ist in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen am höchsten und sinkt mit steigendem Alter. So betreiben mehr als 50 % der 70- bis 85-Jährigen selten oder nie Sport. Frauen betreiben im Gegensatz zu Männern häufiger mehrmals in der Woche Sport (Frauen: 36,4 %, Männer 34 %). Über 50 % der Männer gehen nur selten oder gar keiner sportlichen Betätigung nach. Und höher gebildete Personen machen häufiger Sport als Personen mit niedriger Bildung.

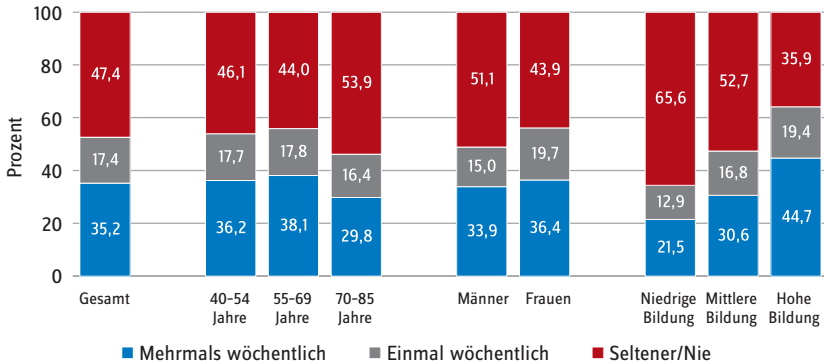


Abb. 25: Sportliche Aktivität nach Alter, Geschlecht und Bildung (DEAS 2014) (n = 5.998)
Quelle: Spuling et al. 2017, S. 145

In Abbildung 26 wird die sportliche Aktivität in den Altersgruppen im Zeitverlauf von 1996 bis 2014 dargestellt. Auch hier ist deutlich erkennbar, dass die Häufigkeit, sportlich aktiv zu sein, mit zunehmendem Alter sinkt. Deutlich erkennbar ist jedoch auch, dass die Häufigkeit, Sport zu treiben, von 1996 bis 2014 in jeder Altersgruppe angestiegen ist. Den höchsten Wert mit über 60 % der selten/nie Sporttreibenden weist 2014 erwartungsgemäß die Gruppe der 78- bis 83-jährigen auf.

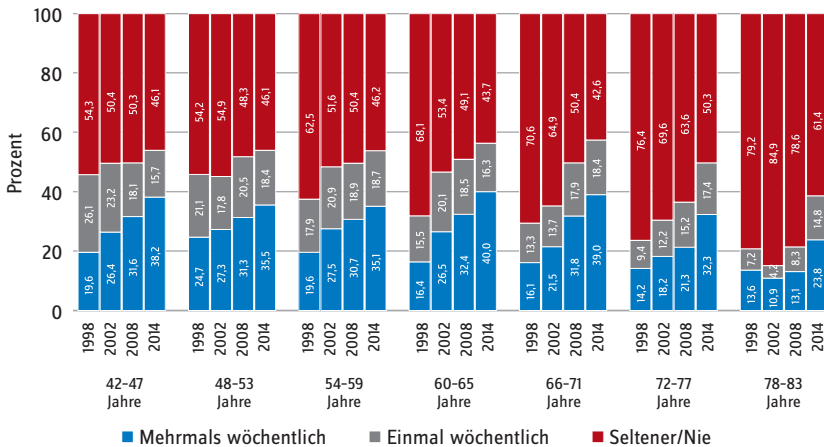


Abb. 26: Sportliche Aktivität nach Alter (DEAS 1996, 2002, 2008 und 2014) (1996: n = 4.832, 2002: n = 3.076, 2008: n = 6.202, 2014: n = 5.998)
Quelle: Spuling et al 2017, S. 150

Auch in den Auswertungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund) 2012 wird deutlich, dass die sportliche Aktivität im Alter abnimmt. So treiben etwa 70 % der Personen ab 65 Jahren weniger als 2,5 Stunden wöchentlich Sport. Mit höherem Alter steigt also der Anteil derer, die wenig Sport treiben (Lange/Finger 2017, S. 12). Der Anteil derer, die mehr als 2,5 Stunden an mehr als fünf Tagen in der Woche Sport treiben, sinkt in der Altersgruppe der Personen ab 65 Jahren auf etwa 15 % und ist in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen am höchsten (25 %).

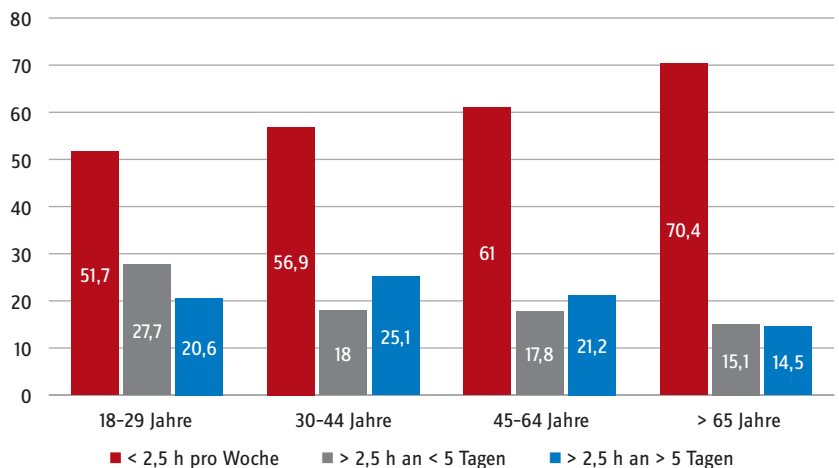


Abb. 27: Körperliche Aktivität nach Alter 2012, Angaben in % (n = 26.520)
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Daten des GBE-Bund 2012

Im Vergleich zwischen Frauen und Männern zeigt sich in den Daten von Lange und Finger im Jahr 2017 ein anderes Bild als im Deutschen Alterssurvey (Abbildung 25). Es überwiegt der Anteil der sportlich aktiven Männer (49 %) ab dem 65. Lebensjahr gegenüber dem der Frauen (38 %). Auch hier ist erkennbar, dass die körperliche Aktivität mit zunehmendem Alter nachlässt.

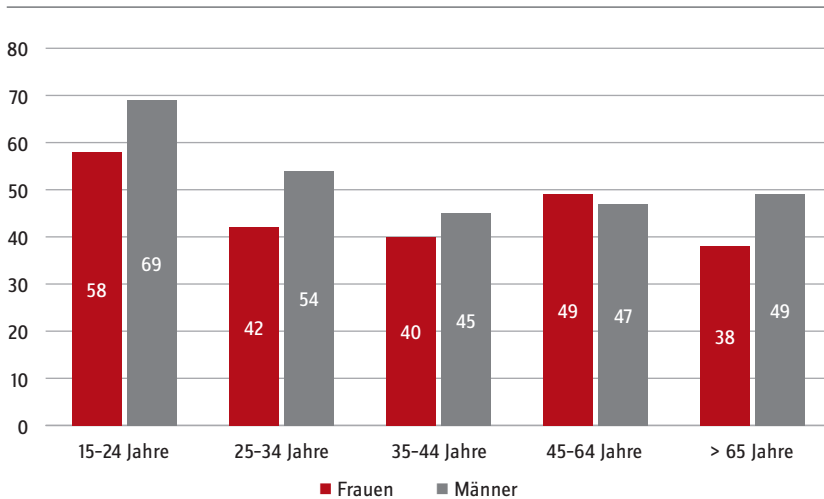


Abb. 28: Körperliche Aktivität > 2,5 h/Woche nach Alter und Geschlecht 2017, Angabe in % (aufgerundet) (n = 24.824)
Quelle: Lange/Finger 2017, S. 12

In einer Erhebung der Senatsverwaltung für Inneres und Sport in Berlin 2008 wurde ebenfalls belegt, dass die körperliche Aktivität im Alter sinkt. Männer ab dem 65. Lebensjahr waren ebenfalls sportlich aktiver im Alter als Frauen.

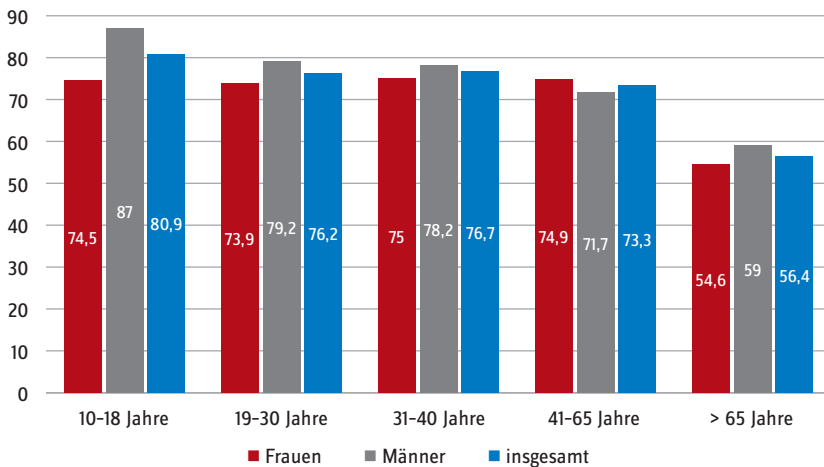


Abb. 29: Sportliche Aktivität nach Alter und Geschlecht in Berlin (2006), Angabe in % (n = 8.845)
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Senatsverwaltung für Inneres und Sport 2008, S. 13

Welche sportlichen Aktivitäten werden im Alter vorwiegend ausgeführt? Laufen/Joggen, Radfahren und Schwimmen sind in allen Altersgruppen sehr beliebt. Bei den über 65-Jährigen sind Radfahren, Schwimmen, Gymnastik, Wandern und Spazierengehen die am häufigsten genannten Aktivitäten. Eine weitere Sportart kommt im höheren Alter hinzu - die Wassergymnastik. Unter den Berlinerinnen und Berlinern erfreut sich Nordic Walking auch mit steigendem Alter größerer Beliebtheit.

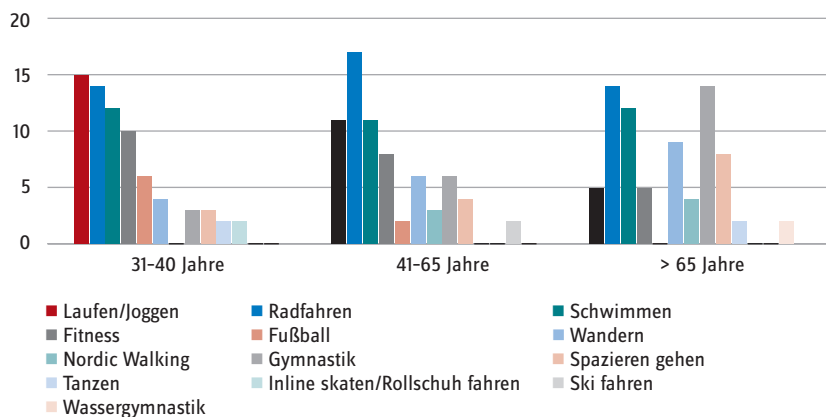


Abb. 30: Sportformen nach Alter in Berlin 2006, Angaben in % (n ≈ 4.000)
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Senatsverwaltung für Inneres und Sport 2008, S. 15

Mit zunehmendem Alter werden eher Ausdauersportarten ausgeübt. Während Frauen in jüngeren Jahren bis zum Alter von 40 Jahren schon mehr zu Sportarten mit Ausdauer neigen als Männer in der gleichen Altersspanne, so sind sie ab dem 65. Lebensjahr nur noch mit 43 % in diesen Sportarten vertreten. Der Anteil der Männer ab 65 Jahren hingegen ist hier am höchsten (53 %).

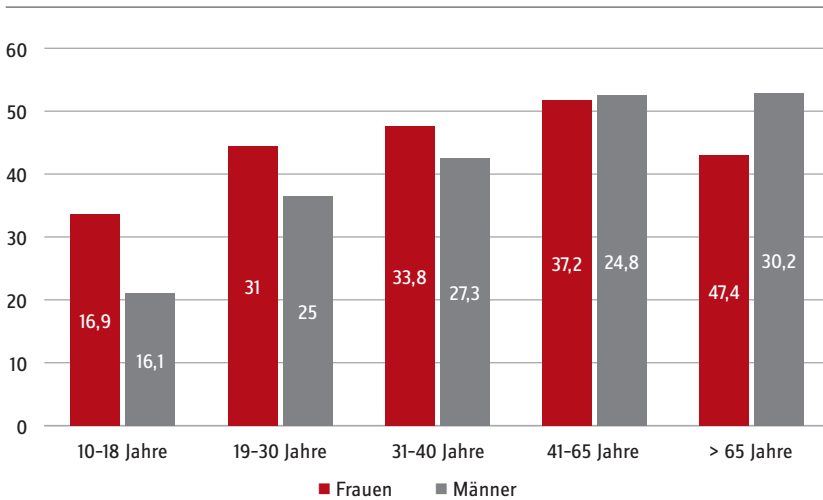


Abb. 31: Sportthemenfeld Ausdauer nach Alter und Geschlecht in Berlin 2006, Angabe in %, (n = 8.845)
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Senatsverwaltung für Inneres und Sport 2008, S. 18

Frauen sind mit steigendem Alter häufiger in Gesundheitskursen zu finden, die die Fitness erhöhen. Der Anteil der Männer, die diese Sportart betreiben, ist in der Altersgruppe 65+ am höchsten (30 %).

Gesundheitliche Ressourcen und Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf

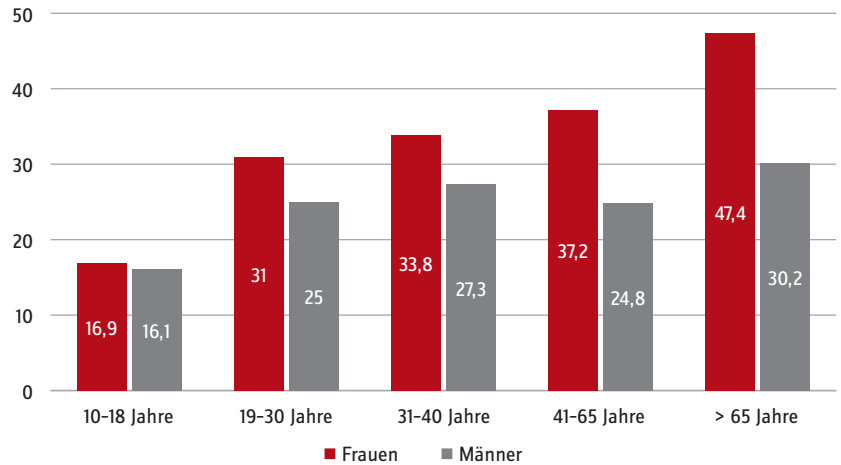


Abb. 32: Sportthemenfeld Fitness (Gesundheitsaspekt im Vordergrund) nach Alter und Geschlecht in Berlin 2006, Angabe in % (n = 8.845)
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Senatsverwaltung für Inneres und Sport 2008, S. 18

Frauen tanzen und turnen mit zunehmendem Alter weniger (18 % im Alter von 10 bis 18 Jahren auf 4 % ab 65 Jahren). Bei Männern hingegen verändert sich der Anteil derer, die diesen Sportarten nachgehen, kaum und bleibt durchweg gering (etwa 2 %).

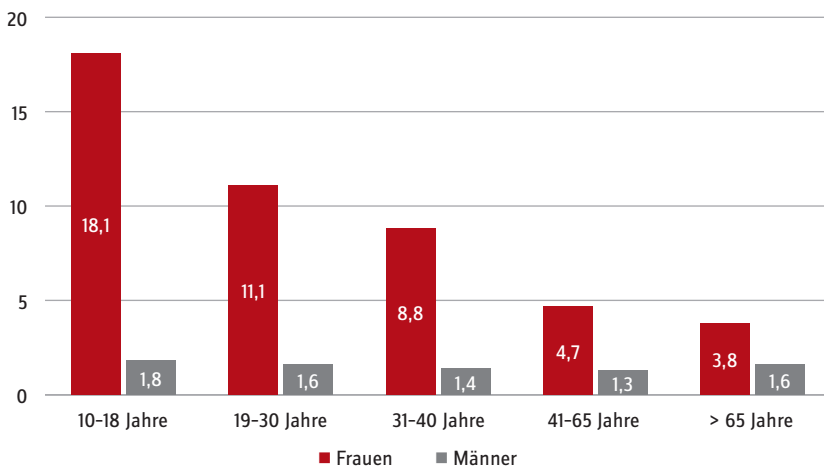


Abb. 33: Sportthemenfeld Tanzen, Turnen nach Alter und Geschlecht in Berlin 2006, Angabe in % (n = 8.845)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Senatsverwaltung für Inneres und Sport 2008, S. 19

In der OMAHA-Studie wurden Menschen mit Multimorbidität im Alter und deren Ressourcen untersucht (Schüz et al. 2011, S. 11). In einer Teilstudie der OMAHA-Studie untersuchten Willers et al. die körperliche Aktivität und die Funktionsfähigkeit bei Berlinerinnen und Berlinern ab dem 65. Lebensjahr mittels eines Fragebogens und Tests. Eingeschlossen in die Studie wurden 299 Berlinerinnen und Berliner, die in Privathaushalten lebten. Als Ergebnis zeigte sich, dass 27 % der Teilnehmenden weniger als 10 bis 30 Minuten pro Woche körperlich/sportlich aktiv waren. Die Ergebnisse der Tests zur körperlichen Funktionsfähigkeit sind Abbildung 34 zu entnehmen.

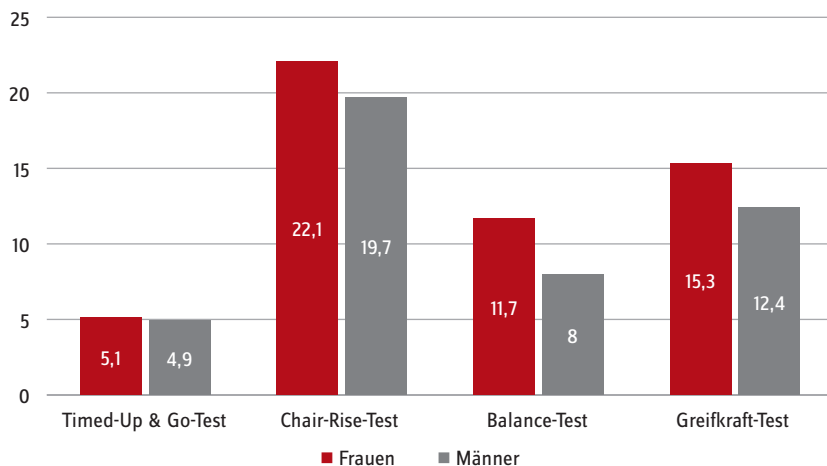


Abb. 34: Funktionelle Einschränkungen bei Personen ab 65 Jahren nach Geschlecht im Rahmen der OMAHA-Studie, Angaben in % (n = 299)
Quelle: Willers et al. 2011: o.S.

Willers et al. 2011 schlussfolgern, dass eingeschränkte Funktionsfähigkeit assoziiert ist mit körperlicher Inaktivität. Demzufolge könne körperliche Aktivität ein unterstützender Faktor zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit sein (Willers et al. 2011, o. S.).

Erkenntnisse zur körperlichen Aktivität bei Pflegebedürftigkeit wurden nicht gefunden.

5.3 Suchtmittelkonsum im Alter

„Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist zwischen 2008 und 2014 angestiegen: Dies ist vor allem auf Veränderungen im Rauchverhalten von Frauen zurückzuführen. Der Anteil der Raucherinnen ist zwischen 2008 und 2014 um 3,2 Prozentpunkte angestiegen, während der Anteil der Raucher im gleichen Zeitraum stabil geblieben ist.

Personen, die nicht rauchen, sind auch häufiger regelmäßig sportlich aktiv: Raucherinnen und Raucher sind im Jahr 2014 zu 23,4 Prozent sportlich aktiv, während dieser Anteil bei den Nicht-Raucherinnen und Nicht-Rauchern bei 41 Prozent liegt. Dagegen gibt es keinen statistischen Zusammenhang zwischen dem täglichen Alkoholkonsum und regelmäßiger sportlicher Aktivität.

Personen, die im Jahr 2014 nicht rauchten, sind deutlich häufiger regelmäßig sportlich aktiv als es Nicht-Raucherinnen und Nicht-Raucher im Jahr 2002 waren: Während im

Jahr 2002 ein Viertel der Nicht-Raucherinnen beziehungsweise Nicht-Raucher mehrmals wöchentlich sportlich aktiv war, lag dieser Anteil im Jahr 2008 bei knapp einem Drittel und im Jahr 2014 bei 41 Prozent. Im Gegensatz dazu beträgt der Anteil sportlich Aktiver unter den Raucherinnen und Rauchern in den Jahren 2002, 2008 und 2014 jeweils etwa 22 Prozent“ (Spuling et al. 2017, S. 139).

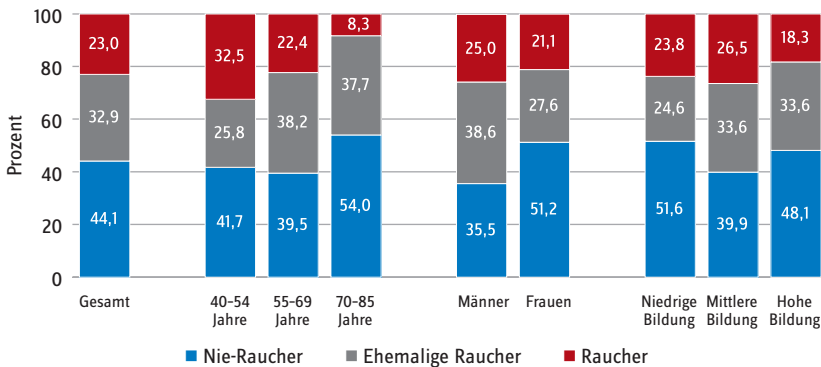


Abb. 35: Tabakkonsum nach Alter, Geschlecht und Bildung (DEAS 2014) (n = 4.250)
Quelle: Spuling et al. 2017, S. 147

Unter den 40- bis 54-jährigen raucht etwa ein Drittel. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher sinkt mit steigendem Alter und liegt bei den 70- bis 85-jährigen nur noch bei 8 %. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Männer häufiger als Frauen rauchen (Männer: 25 %, Frauen: 21 %). Betrachtet man den Bildungsgrad, ist erkennbar, dass Personen mit mittlerer Bildung am häufigsten rauchen (26 %), gefolgt von Personen mit niedriger Bildung (24 %). Raucherinnen und Raucher sind am seltensten unter Personen mit höherer Bildung zu finden (18 %). Interessant ist, dass die meisten Nicht-raucherinnen und Nicht-raucher jedoch bei den Niedriggebildeten zu finden sind (52 %) (Spuling et al. 2017, S. 146).

Betrachtet man im Vergleich dazu Daten von Lange und Finger zum Tabakkonsum nach Alter und Geschlecht des Jahres 2017 (Abbildung 36) wird auch hier deutlich, dass überwiegend Männer Tabakkonsumenten sind. Der höchste Anteil der Raucherinnen und Raucher ist unter den 25- bis 34-jährigen zu finden, sowohl unter den Männern (37 %) als auch unter den Frauen (25 %). Tabakkonsum nimmt mit steigendem Alter ab. Unter den Personen über 65 Jahre rauchen nur noch 7 % der Frauen und 9 % der Männer (Lange/Finger 2017, S. 12). Dies deckt sich mit Daten des DEAS 2014.

Gesundheitliche Ressourcen und Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf

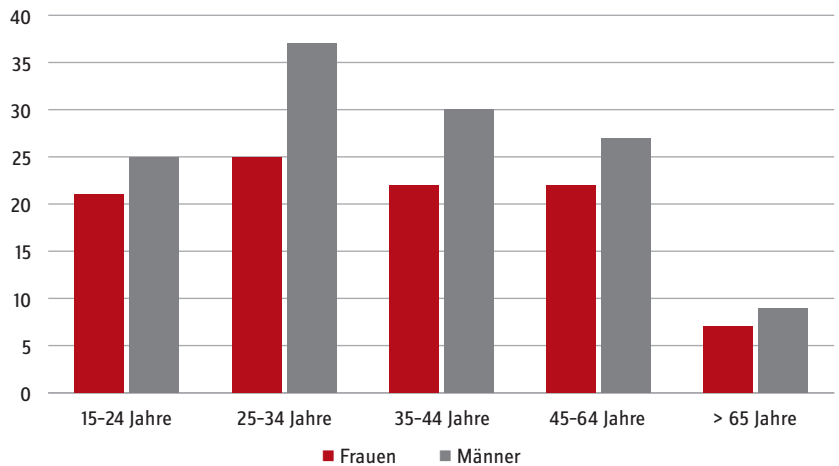


Abb. 36: Tabakkonsum nach Alter und Geschlecht 2017, Angabe in % (aufgerundet) (n = 24.824)
Quelle: Lange und Finger 2017, S. 12

Aus der folgenden Abbildung 37 ist erkennbar, dass der Alkoholkonsum bei den 70- bis 85-Jährigen am höchsten ist (13 %), insbesondere bei Männern (16 %) und Personen mit hoher Bildung (14 %).

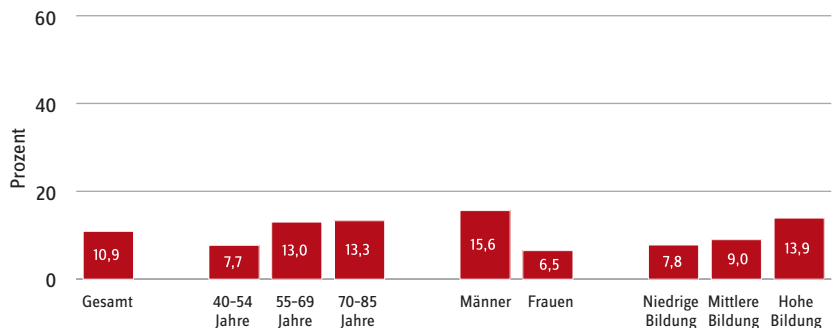


Abb. 37: Täglicher Alkoholkonsum nach Alter, Geschlecht und Bildung (DEAS 2014) (n = 4.221)
Quelle: Spuling et al. 2017, S. 148

In der Studie GEDA (Gesundheit in Deutschland Aktuell) des Robert Koch-Instituts 2014 werden diese Angaben bestätigt. Demnach weisen mehr Männer (18 %) als Frauen (14 %) einen wöchentlichen Alkoholkonsum auf. Allerdings ist der stärkste Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen zu finden. Der Zusammenhang zw-

schen Geschlecht und Bildung wird ebenfalls in GEDA beleuchtet. Demnach konsumieren Frauen mit höherer Bildung häufiger Alkohol als Frauen unterer Bildungsgruppen. Bei Männern ist dies zudem vom Alter abhängig und trifft auf die Altersgruppe ab 65 Jahren zu (Lange/Finger 2017, S. 66).

15 % der ambulant und stationär betreuten Pflegebedürftigen sind heute suchtkrank, wobei Männer überwiegend an alkoholbedingten Störungen und Frauen überwiegend an medikamentenbezogenen Störungen leiden (Ernst et al. 2017, S. 6). Dieser schädliche Substanzmittelkonsum oder eine Abhängigkeit wird häufig nicht oder erst spät bemerkt (Kuhn o. J. a), S. 4).

5.4 Gesundheitskompetenz und -verhalten im Alter

Gesundheitsverhalten kann unterschiedlich definiert werden. Meist wird darunter ein Verhalten verstanden, das einen nachgewiesenen gesundheitsförderlichen Effekt hat. So werden gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen in der Ernährung, beim Suchtmittelkonsum und der körperlichen Aktivität im Zusammenhang mit Mortalität oder Effekten auf bestimmte Erkrankungen oder körperliche Funktionen gezeigt. So gelingt eine Klassifizierung „gesunder“ oder „riskanter“ Verhaltensweisen (Renner/Staudinger 2008, S. 193).

Das Gesundheitsverhalten einer Person steht jedoch auch eng in Zusammenhang mit ihrer Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, sie zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden. Diese Fähig- und Fertigkeiten werden als Gesundheitskompetenz oder auch Health Literacy bezeichnet. Auf der anderen Seite beeinflusst auch die Art und Weise der Bereitstellung von Informationen durch Institutionen, Medien und Leistungserbringer, inwieweit Gesundheitskompetenz erworben werden kann (RKI 2015b, S. 364).

Gesundheitskompetenz nimmt im internationalen Raum schon lange einen hohen Stellenwert ein, erfährt jedoch in Deutschland erst seit einigen Jahren wachsende Aufmerksamkeit (Schaeffer et al. 2017, S. 2). Schaeffer et al. untersuchten 2016 den Stand des Gesundheitswissens und die Ausprägung von Gesundheitskompetenz in Deutschland mittels einer Querschnittstudie anhand eines Fragebogens, der Gesundheitskompetenz in 47 Items operationalisierte (Schaeffer et al. 2016, S. 4). Die Stichprobe umfasste 2.000 Personen ab einem Alter von 15 Jahren in Privathaushalten.

In der folgenden Abbildung 38 wird das Niveau der Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit dem Alter dargestellt. Es zeigt sich, dass in der Altersgruppe der Personen über 65 Jahre die Gesundheitskompetenz bei mehr als 65 % der Personen pro-

blematisch bis inadäquat ist. Nur in der Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen erreichen über 50 % der Personen ein ausreichendes bis exzellentes Health-Literacy-Niveau. Der Anteil der Personen, die über eine exzellente bis ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen, ist bei den Personen über 65 Jahren am geringsten. Signifikante geschlechtspezifische Unterschiede ergaben sich nicht.

Befragte mit niedrigem Bildungsgrad verfügen häufiger über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz als Menschen mit mittlerem oder hohem Bildungsgrad (vgl. Abbildung 39). Das betrifft aber auch die Hälfte der Personen aus den gut ausgebildeten Bevölkerungsschichten, sodass insgesamt noch erhebliche Defizite in der deutschen Bevölkerung existieren.

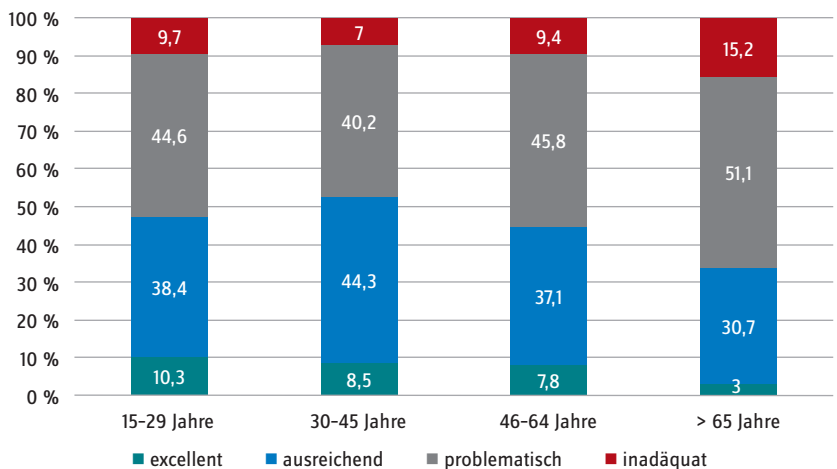


Abb. 38: Health-Literacy-Niveau und Alter, Angabe in % (15 - 29 Jahre: n = 376, 30 - 45 Jahre: n = 490, 46 - 64 Jahre: n = 619, >65 Jahre: n = 462)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schaeffer et al. 2017, S. 8

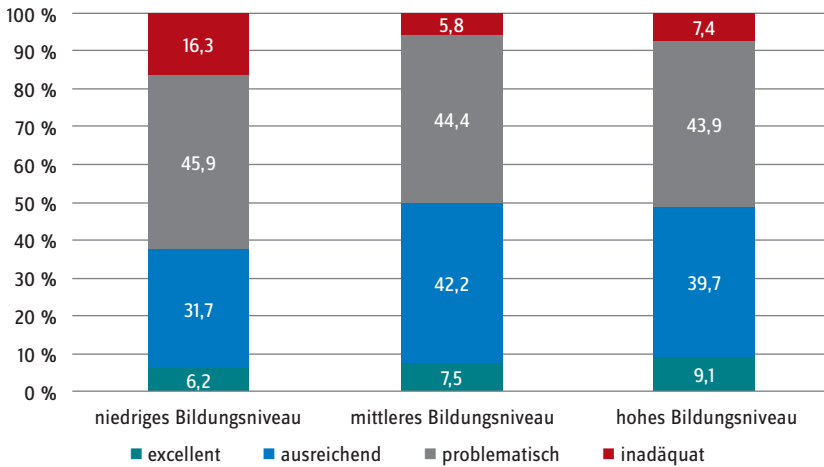


Abb. 39: Health-Literacy-Niveau und Bildungsgrad, Angabe in % (niedrige Bildung: n = 648, mittlere Bildung: n = 950, hohe Bildung: n = 339)
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schaeffer et al. 2017, S. 8

Interessant ist, dass gerade Menschen mit chronischer Erkrankung zu mehr als 70 % eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz besitzen. Nur 2 % von ihnen weisen eine exzellente Gesundheitskompetenz auf.

Menschen mit chronischer Erkrankung und Ältere ab 65 Jahren verfügen damit im Vergleich zu allen anderen Gruppen (nach Alter, Geschlecht und Bildungsniveau) am seltensten über ein hohes Gesundheitskompetenz-Niveau.

Gesundheitliche Ressourcen und Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf

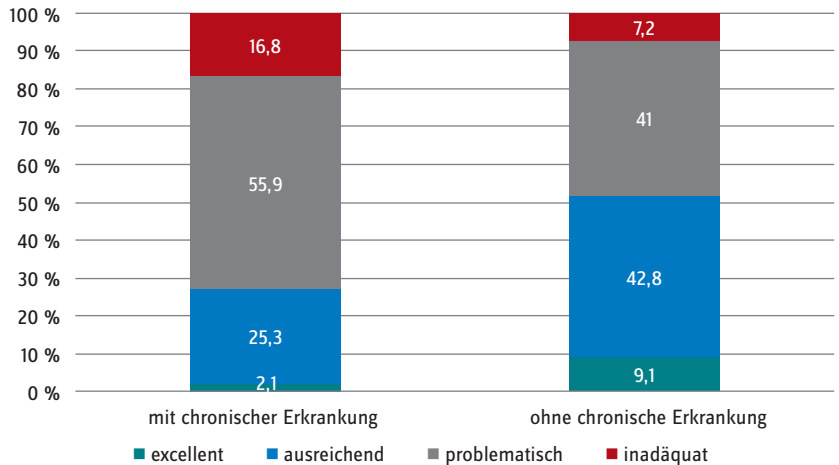


Abb. 40: Health-Literacy-Niveau und Erkrankung, Angabe in % (mit chronischer Erkrankung: n = 489, ohne chronische Erkrankung: n = 1.450)
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schaeffer et al. 2017, S. 8

Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen unterscheidet sich in den höheren Altersgruppen wenig von der Gesamtbevölkerung (siehe Abbildung 41, beispielhaft für Krebsvorsorge und Gesundheits-Check-up). Gripeschutzimpfungen, die insbesondere für Ältere (ab 65 Jahren) empfohlen werden, werden auch in dieser Altersgruppe deutlich häufiger (plus 20 Prozentpunkte) als im Bevölkerungsdurchschnitt in Anspruch genommen.

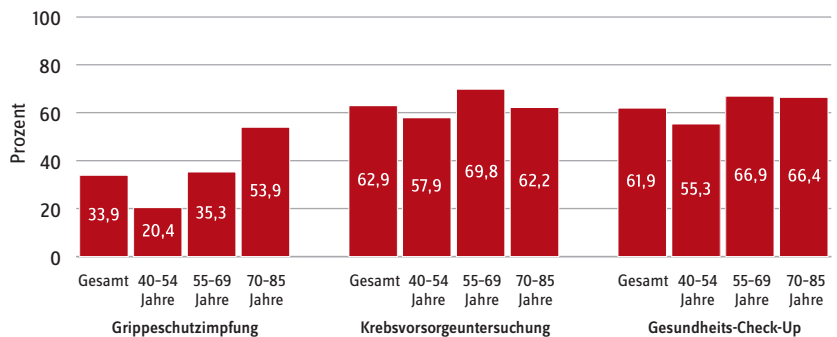


Abb. 41: Wahrnehmung primärpräventiver Maßnahmen nach Altersgruppen (DEAS 2014) (Gripeschutzimpfung: n = 4.181, Krebsvorsorgeuntersuchung: n = 4.144, Gesundheits-Check-up: n = 4.158)
 Quelle: Spuling et al. 2017, S. 146

5.5 Gesundheitliche Situation im Alter

Wie bereits im Kapitel 3.1 allgemein dargestellt wurde, gehen Erkrankungen und funktionale Einschränkungen mit fortschreitendem Alter Hand in Hand und beeinflussen sich wechselseitig. Die physiologischen Prozesse des Alterns erhöhen das Erkrankungsrisiko und bringen allmähliche Funktionseinbußen mit sich, die vor allem die Sinnesorgane, die Muskulatur und die Gelenke betreffen. So nehmen beispielsweise Hör- und Sehvermögen langsam ab, die Muskelmasse wird weniger und die Kraft lässt nach, Ausdauer und Leistungsfähigkeit gehen zurück. Aus altersassoziierten Funktionseinbußen können altersspezifische Folgen mit Krankheitswert entstehen.

„Zum Beispiel erhöht die Abnahme der Knochendichte und der Muskelkraft das Risiko für Muskelskeletterkrankungen wie Osteoporose oder einen Bandscheibenvorfall. Auch erhöht die Abnahme von Arterienelastizität und Herzschlagvolumen die Wahrscheinlichkeit von Herzkreislaferkrankungen. Gleichzeitig kumulieren Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht über das Lebensalter hinweg und können zu einer erhöhten Prävalenz von Erkrankungen wie Krebs und Bluthochdruck beitragen“ (Wolff et al. 2016, S. 128).

Der Erhalt der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit ist mit zunehmendem Alter von wachsender Bedeutung. Viele Menschen haben sich an das Leben mit ihren (chronischen) Erkrankungen gewöhnt, zumal es oftmals viele Möglichkeiten der Behandlung gibt. Vielmehr bestimmen die verbleibenden Funktionsfähigkeiten – gerade bei bereits eingetretenen Erkrankungen – die Selbstbestimmtheit und Teilhabe am Alltagsleben. Beeinträchtigungen der Mobilität oder des Gedächtnisses, der Sinnesorgane oder der Blasen- und Stuhlkontrolle können als einschränkender empfunden werden als die Erkrankungen selbst (RKI 2015a, S. 418).

Die folgenden Abbildungen zeigen die Prävalenz von Gesundheitsproblemen bei Frauen und Männern ab 75 Jahren. Mit Abstand das häufigste Problem stellt bei beiden Geschlechtern der Bluthochdruck (Hypertonie) dar – eines der Hauptrisiken für Herzinfarkte und Schlaganfälle, die wiederum erhebliche Funktionseinbußen nach sich ziehen können. Eine hohe Bedeutung haben weiterhin für beide Geschlechter Arthrosen, die mit Einschränkungen in der Beweglichkeit/Mobilität und Schmerzen einhergehen und für die neben der Alterung Übergewicht einer der größten Risikofaktoren ist. Letzteres tritt bei Frauen als Gesundheitsproblem an achter, bei Männern an siebter Stelle auf. Das dritthäufigste (Frauen) bzw. bei Männern vierthäufigste Problem stellen hohe Blutfettwerte (Hyperlipidämie) dar. Hier ist zwischen primärer (genetisch bedingter) und sekundärer Form zu unterscheiden, wobei letztere Folge einer anderen Grunderkrankung wie beispielsweise des Diabetes mellitus ist, der wiederum bei beiden Geschlechtern ab 75 Jahren eine Prävalenz von rund 20 % aufweist.

Gesundheitliche
Ressourcen und
Risiken bei
Menschen mit
Pflegebedarf

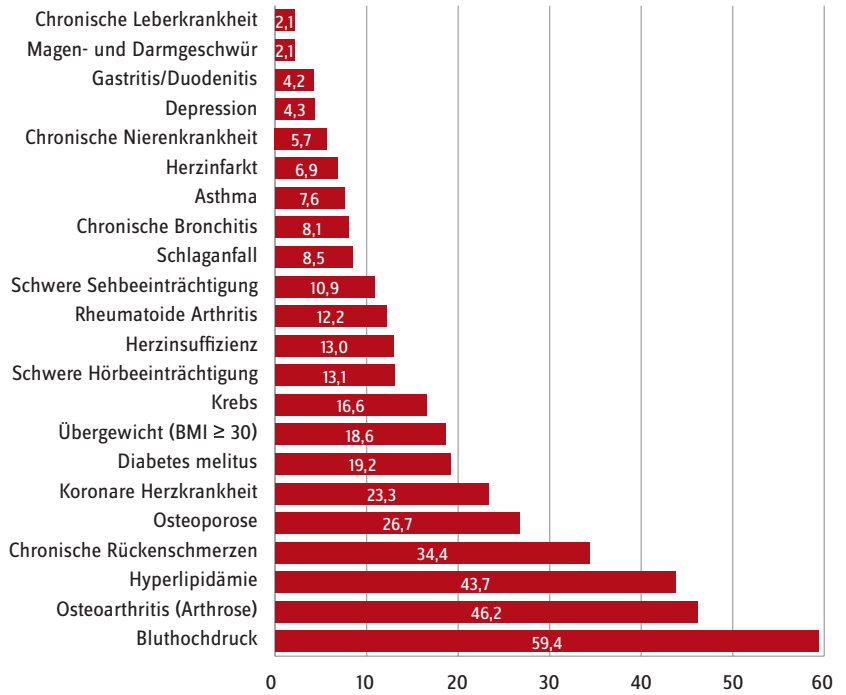
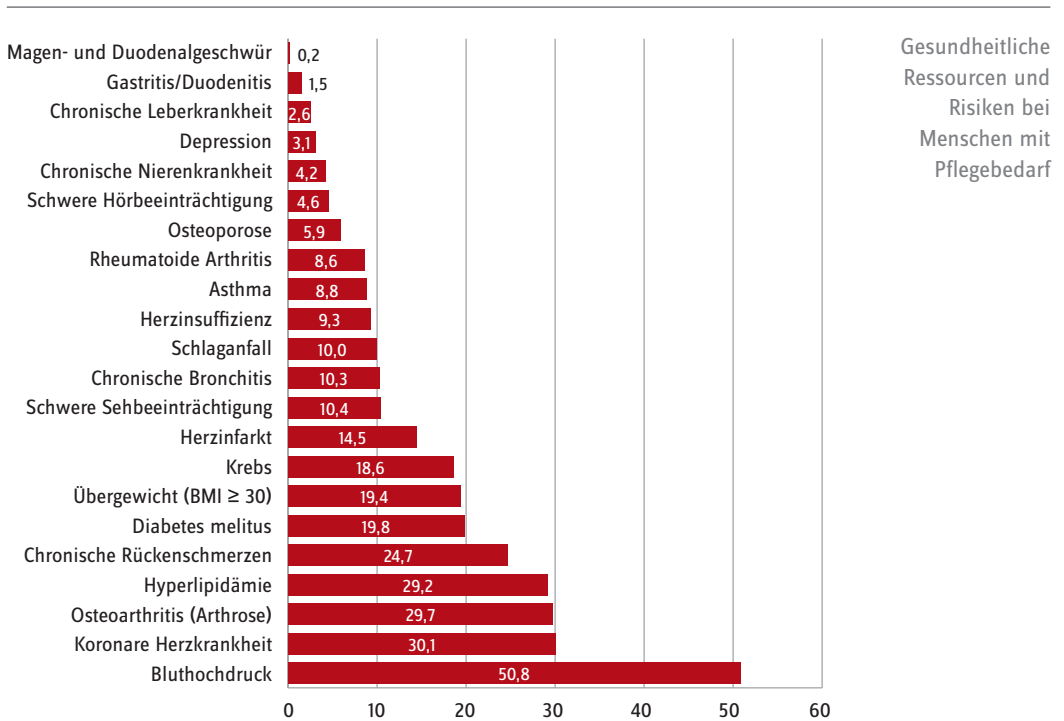


Abb. 42: Prävalenz von Gesundheitsproblemen bei Frauen ab 75 Jahren, Angabe in %
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an RKI 2015a, S. 412



Gesundheitliche Ressourcen und Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf

Abb. 43: Prävalenz von Gesundheitsproblemen bei Männern ab 75 Jahren, Angabe in %
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an RKI 2015a, S. 412

Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei den Prävalenzen von Gesundheitsproblemen insgesamt (bei Frauen deutlich höher) sowie in der Rangfolge von koronaren Herzerkrankungen (bei Männern an zweiter und bei Frauen an sechster Stelle) und Herzinfarkten (Männer deutlich häufiger).

Nach Erkenntnissen des Deutschen Alterssurveys leiden 62 % der 40- bis 85-jährigen an mindestens zwei oder mehr Erkrankungen und werden somit als multimorbid bezeichnet. Bei den 70- bis 85-jährigen sind es sogar 82 %. Frauen sind aufgrund ihres geringeren Bildungs- und Einkommensniveaus sowie infolge größerer physiologischer und hormoneller Veränderungen im Lebensverlauf häufiger von Multimorbidität betroffen als Männer und berichten auch von mehr funktionalen Einschränkungen (Wolff et al. 2016, S. 129 ff.).

Trotz mehrfacher Erkrankungen sind viele Personen nicht funktional in ihrem Alltag eingeschränkt. So berichten unter den Personen mit zwei bis vier Erkrankungen noch gut

zwei Drittel von einer guten funktionalen Gesundheit (68 %), und selbst die Personen mit fünf und mehr Erkrankungen geben noch zu 39 % eine gute funktionale Gesundheit an.

Die folgende Abbildung 44 verdeutlicht die Entwicklung von körperlicher und funktionaler Gesundheit in höherem Alter: Mit zunehmender Schwere und Anzahl von Erkrankungen verschlechtert sich auch die funktionale Gesundheit. Während gesundheitliche Beeinträchtigungen zunächst noch kompensiert werden können (funktionale Gesundheit besser als körperliche), verschlechtert sich die funktionale Gesundheit ab dem Alter von rund 80 Jahren deutlich schneller als die körperliche Gesundheit. Komorbiditäten wie Depression und Schmerzen führen dabei in besonderem Maße zur Verschlechterung der Lebensqualität.

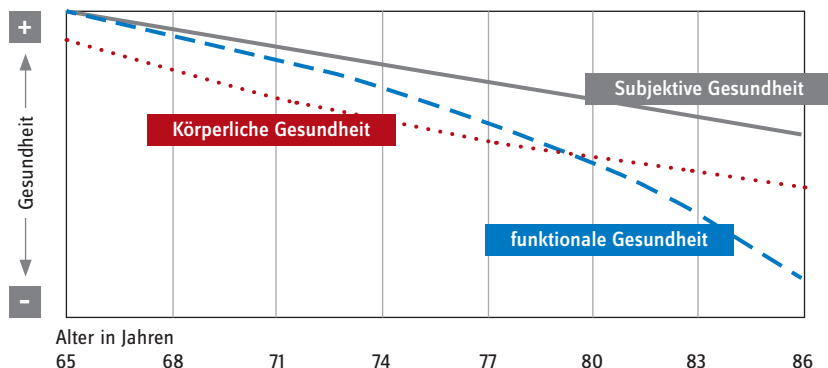


Abb. 44: Entwicklung von körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter
Quelle: DZA 2013, S. 31

Wertvolle Hinweise auf die Entwicklungen der funktionalen Gesundheit hochaltriger Menschen in Deutschland im Zeitverlauf und auf Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung liefert die Heidelberger Hundertjährigenstudie:

„Hinsichtlich der körperlichen Ressourcen gibt es [bei den Hundertjährigen] positive Trends, die sich im Ausmaß der Pflegebedürftigkeit noch nicht niederschlagen. Ein zentrales Ergebnis ist der Befund, dass sich der kognitive Status von 2000/01 bis 2011/12 bedeutsam verbessert hat, was auch andere Studien bestätigen. Eine erhaltene kognitive Leistungsfähigkeit lässt vermutlich auch bei körperlichen Einschränkungen eine weitgehend selbständige Lebensführung zu. Hier sind aber weitere Forschungen nötig. Insgesamt ist die Sorge vor einer überproportionalen Ausweitung von Gebrechlichkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit im sehr hohen Alter unbegründet. Durch gezielte

Interventionen für mehr Selbständigkeit ist es vermutlich in höherem Ausmaß als bisher möglich, Pflegebedürftigkeit auch bei Hundertjährigen abzuschwächen oder sogar zu vermeiden“ (Jopp et al. 2013, S. 26).

Mit rund 40 % der Hundertjährigen berichtet ein relativ großer Anteil von Einsamkeitsgefühlen (Jopp et al. 2013, S. 34). Dieser Aspekt sollte daher bei der Konzipierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unbedingt berücksichtigt werden.

5.6 Gesundheitliche Situation bei Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit tritt meist erst in höherem Alter erstmalig auf (Inzidenz, vgl. Abbildung 45). Bis zum Alter von unter 75 Jahren sind mehr Männer betroffen. Ab dem Alter von 75 Jahren nehmen die Zahlen stark zu, insbesondere bei den Frauen als Folge des höheren Frauenanteils in diesen Altersgruppen (Rothgang et al. 2017, S. 83).

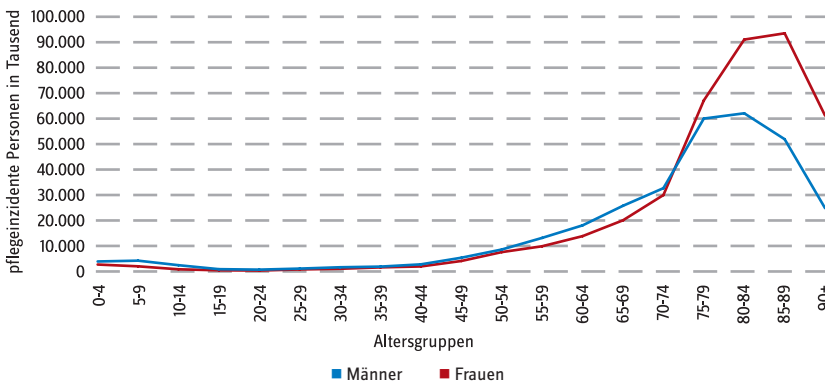


Abb. 45: Erstmaliges Auftreten von Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016 (Anzahl Personen)

Quelle: Rothgang et al. 2017, S. 83

Die Inzidenzrate (Anteil der erstmals von Pflegebedürftigkeit Betroffenen in einer bestimmten Altersgruppe) steigt mit dem Alter kontinuierlich an - von unter 1 % bei den unter 60-Jährigen auf 7 % in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre bis zu 23 % bei den über 90-Jährigen (ebd., S. 85).

Krebserkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und psychische und Verhaltensstörungen sind die häufigsten Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit genannt werden. In den jungen Altersgruppen spielen vor allem das Down-Syndrom, Intelligenzminderungen und sonstige Gehirnerkrankungen

eine große Rolle, im höheren Alter ist es die Demenz. Parkinson, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Krebs dagegen erhöhen in allen Altersgruppen die Pflegewahrscheinlichkeit (ebd., S. 88 f.).

Weiterhin gehen Einschränkungen der Mobilität, vor allem Lähmungen (alle Altersgruppen), mit einem erhöhten Pflegerisiko einher, im höheren Alter sind es darüber hinaus die Folgen hüftgelenksnaher Frakturen und morbiditäts- oder altersbedingte Immobilität, die das Risiko verdoppeln bis verdreifachen (ebd., S. 91).

5.6.1 Geriatrietypische Multimorbidität

Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen der sog. geriatrietypischen Multimorbidität (GtM) und dem Pflegebedarf. GtM liegt vor, wenn mindestens zwei der folgenden Merkmalkomplexe erfüllt sind - unabhängig von der bzw. den zugrundeliegenden Diagnosen - und zugleich ein relativ hohes Risiko der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit vorhanden ist (BAG KE et al. 2004, S. 6):

- Immobilität
- Sturzneigung und Schwindel
- kognitive Defizite
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt (Dehydration, Ödem)
- Depression, Angststörung
- chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen (Neuropathie)
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit
- starke Seh- oder Hörbehinderung
- Medikationsprobleme
- hohes Komplikationsrisiko (nach OP oder Fraktur, Dialysepflicht, verzögerte Rekonvaleszenz, Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen)

Rothgang et al. (2013) haben den Zusammenhang von Erkrankungen und Beeinträchtigungen nach geriatrietypischen Merkmalen und Pflegebedürftigkeit auf Basis von Daten der Barmer/GEK 2012 untersucht. Ermittelt wurden sowohl die Diagnosen/Merkmalkomplexe, denen am häufigsten eine Pflegebedürftigkeit nachfolgt (pflegebegründende Diagnosen), als auch jene Morbiditätsmerkmale, die bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit vorherrschen. Die folgende Tabelle zeigt für fünf Altersgruppen jeweils die drei Diagnosen/Merkmalkomplexe, die mit dem höchsten Risiko einer nachfolgend eintretenden Pflegebedürftigkeit einhergehen.

In der Altersgruppe der über 60-Jährigen gehen vor allem Demenz und Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt (Exsikkose) mit einem hohen Risiko einher, pflegebedürftig zu werden, gefolgt von Harninkontinenz ab 75 Jahren. In den jüngeren Alterskohorten sind es dagegen größere Entwicklungsstörungen, das Down-Syndrom und Krebs sowie Multiple Sklerose.

Pflegebedürftige Kinder unterscheiden sich in erster Linie durch die Ursachen, die die Pflegebedürftigkeit begründen, von pflegebedürftigen jungen Erwachsenen und älteren Menschen. Bei Kindern sind vor allem angeborene Erkrankungen oder Behinderungen der Auslöser, bei jungen Erwachsenen stehen psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen, Krebserkrankungen, aber auch Krankheiten des Kreislauf- und Nervensystems im Vordergrund. Ältere Menschen dagegen werden beispielsweise durch Schlaganfälle, Demenzerkrankungen und geriatritypische Beeinträchtigungen pflegebedürftig (Rothgang et al. 2013, S. 167).

Altersgruppe	Pflegebegründende Diagnose/Merkmalkomplexe
0-14 Jahre	1. Down-Syndrom 2. Krebs 3. Größere Entwicklungsstörungen
15-59 Jahre	1. Größere Entwicklungsstörungen 2. Multiple Sklerose 3. Lähmungen
60-74 Jahre	1. Demenz und andere Störungen 2. Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts 3. Krebs
75-84 Jahre	1. Demenz und andere Störungen 2. Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts 3. Harninkontinenz
> 85 Jahre	1. Demenz und andere Störungen 2. Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts 3. Harninkontinenz

Tab. 11: Häufigste pflegebegründende Diagnosen/Merkmalkomplexe bei Pflegebedürftigen nach Altersgruppen (Rang 1-3)
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rothgang et al. 2013, S. 163, Datenbasis Barmer/GEK 2012.

Die folgende Tabelle 12 listet, nach Altersgruppen, für die ambulant versorgten Personen jene Diagnosen/Merkmalkomplexe auf, die bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit (mittlere Spalte) bzw. bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit (rechte Spalte) vorherrschend sind.

Ambulant versorgte Personen, die 2012 erstmals pflegebedürftig wurden, verfügten über alle Altersgruppen hinweg häufig über ein erhöhtes Komplikationsrisiko, wie es u. a. nach einer Operation, einer Fraktur oder infolge verzögerter Rekonvaleszenz und bei Dialysepflichtigkeit vorliegen kann. Weiterhin treten Krebs und Exsikkose auf sowie jeweils in der jüngsten und ältesten Altersgruppe starke Seh- und Hörbehinderungen.

Im Vergleich dazu treten bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit in den jüngeren Kohorten Lähmungen unter den häufigsten Beeinträchtigungen auf, bei den 60- bis 74-Jährigen kommen Depressionen und Angststörungen hinzu und in der Gruppe der Hochaltrigen (> 85 Jahre) Schlaganfälle. Im Vergleich zur erstmaligen Pflegebedürftigkeit treten Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt nicht mehr in den drei ersten Rängen auf – was auf den Einfluss der pflegerischen Versorgung hindeuten kann.

Altersgruppe	bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit	bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit
0-14 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Größere Entwicklungsstörungen 2. Hohes Komplikationsrisiko 3. Starke Seh- und Hörbehinderung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Größere Entwicklungsstörungen 2. Lähmungen 3. Hohes Komplikationsrisiko
15-59 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krebs 2. Hohes Komplikationsrisiko 3. Depression, Angststörung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lähmungen 2. Depression, Angststörung 3. Harninkontinenz
60-74 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Krebs 3. Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Depression, Angststörung 3. Starke Seh- und Hörbehinderung
75-84 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts 3. Sturzneigung und Schwindel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Demenz und andere Störungen sowie starke Seh- und Hörbehinderung 3. Sturzneigung und Schwindel
> 85 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Sturzneigung und Schwindel 3. Starke Seh- und Hörbehinderung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Schlaganfall 3. Starke Seh- und Hörbehinderung

Tab. 12: Häufigste Diagnosen/Merkmale bei erstmaliger und fortdauernder Pflegebedürftigkeit und ambulanter Versorgung (Rang 1-3), nach Altersgruppen
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rothgang et al. 2013, S. 168, Datenbasis Barmer/GEK 2012

5.6.2 Bedarfe an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Begutachtung

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit haben die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung den Auftrag, u. a. auch den Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation festzustellen

(§ 18 SGB XI). Aus diesen ergeben sich Anhaltspunkte zu Präventionspotenzialen bei pflegebedürftigen Personen im Sinne der Tertiärprävention. „Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Abs. 6 SGB XI).

Eine Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind (vgl. MDS 2016, S. 89 ff.):

1. Vorliegen einer Rehabilitationsbedürftigkeit, d. h. die Teilhabe ist durch nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten bedroht und kurative Maßnahmen sind nicht ausreichend.
2. Die Patientin bzw. der Patient muss rehabilitationsfähig sein, d. h. über die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit verfügen.
3. Es bestehen realistische, für die antragstellende Person alltagsrelevante (ggf. auch nur kleinschrittige) Rehabilitationsziele (Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe beseitigen, vermindern, einer Verschlimmerung vorbeugen, Ersatzstrategien erlernen oder Anpassung der Umweltbedingungen an bestehende Beeinträchtigungen).
4. Es muss eine positive Rehabilitationsprognose geben. Eine solche ist anzunehmen, wenn eine Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit erreichbar ist, Kompensationsmöglichkeiten mit nachhaltigem Erfolg trainierbar sind oder Adaptionsmöglichkeiten erfolgreich eingeleitet werden können.

Die Analysen von Rothgang et al. (2013, S. 251 f.) zeigten hohe Rehabilitationsquoten insbesondere dann, wenn Lähmungen, Schlaganfall, Frakturen, Multiple Sklerose und Herzinfarkt vorlagen. Ausschlaggebend für eine Rehabilitation waren damit weniger die chronisch-degenerativen Erkrankungen, sondern eher akute Ereignisse.

Mit geringeren Rehabilitationswahrscheinlichkeiten verbunden waren Demenz, Fehl- und Mangelernährung sowie Krebs. Im Fall von Demenz kann von einer tendenziell mangelnden Reha-Fähigkeit ausgegangen werden, Fehl- und Mangelernährung lassen sich mit einer nicht qualitätsgesicherten Pflege in Zusammenhang bringen.

Keine Rehabilitation erfolgte im Untersuchungszeitraum bei drei Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen: Intelligenzminderung, die größeren Entwicklungsstörungen und das Down-Syndrom, die i. d. R. angeboren sind bzw. frühzeitig im Lebensverlauf auftreten.

Weiterhin geht aus den Untersuchungsergebnissen hervor, dass zum damaligen Zeitpunkt die höchsten Rehabilitationswahrscheinlichkeiten nach Pflegebeginn in der Alters-

gruppe 70 bis 74 Jahre zu verzeichnen waren, danach sank die Rehabilitationsquote. „Ob dies auf geringere Reha-Bereitschaft älterer Menschen oder auf eine geringere Indikation zurückzuführen ist, kann allein anhand der Zahlen nicht unterschieden werden“ (ebd., S. 249).

Auch mit steigender Pflegestufe sank die Reha-Wahrscheinlichkeit. „Die Pflegestufe hat also einen eigenen Effekt, der insbesondere in der jeweiligen medizinischen Vorgeschichte, einer geringeren Reha-Bereitschaft der Pflegebedürftigen und ihres familialen Umfelds oder in einer geringeren Neigung von Leistungserbringern, Rehabilitation vorzuschlagen, liegen kann“ (Rothgang et al. 2013, S. 250)

Mit Blick auf die unterschiedlichen Versorgungssettings schlussfolgerten die Autoren, „dass die Anwesenheit eines Pflegedienstes entscheidend dazu beiträgt, dass weitere Bedarfe der Pflegebedürftigen erkannt und entsprechende Anträge gestellt werden und so auch die Reha-Quote steigt“ (ebd., S. 249).

Im Zeitraum 2013 bis 2015 hat die Zahl der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung deutlich zugenommen (von 5.300 auf 16.000 Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation). Damit lag die Reha-Quote 2015 bei 1,1 % (bezogen auf 1,4 Mio. Begutachtungen). Der Anstieg ist vor allem auf den 2015 flächendeckend eingeführten optimierten Begutachtungsstandard zurückzuführen (GKV-Spitzenverband 2016).

Ein Antrag auf Rehabilitation bei der zuständigen Krankenkasse kann allerdings erst gestellt werden, wenn der/die Versicherte entsprechend einwilligt. Dies war 2015 nur in rd. 50 % der Fälle gegeben. Letztlich genehmigten die Kassen 6.338 Anträge im Jahr 2015 (das waren 39 % bezogen auf die Zahl der Empfehlungen bzw. 0,4 % bezogen auf die Zahl der Begutachtungen). Zu berücksichtigen ist dabei, dass der Rehabilitationsbedarf zum Zeitpunkt der Pflegebegutachtung in unmittelbarem Zusammenhang zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen im vorausgegangenen Zeitraum steht: Je länger ggf. frühere Rehaleistungen zurückliegen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Reha-Empfehlung durch die Gutachterinnen und Gutachter (z. B. lag die Quote bei 3,2 %, wenn in den letzten vier Jahren vor der Begutachtung keine solchen Leistungen zu verzeichnen waren) (ebd., S. 5).

Die MDK-Gutachterinnen und Gutachter können weitere Leistungen mit rehabilitativer bzw. präventiver Zielsetzung anregen. So wurden 2015 beispielsweise in 12,5 % der durchgeführten Regelbegutachtungen Empfehlungen für Leistungen der physikalischen Therapie und in 2,8 % der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen (ebd.). Aus älteren Veröffentlichungen des MDS geht hervor, dass 2003 rund 11 % aller ambulanten Erstantragstellende eine Empfehlung zur Kranken-

gymnastik erhielten, knapp 3 % für Rehabilitationsmaßnahmen und 2,0 bzw. 1,4 % für Ergo-/Logopädie (Wagner et al. 2005, S. 31).

Abschließend ist zu ergänzen, dass mit 64 % der überwiegende Teil der jungen Pflegebedürftigen (Altersgruppen 0 bis 59 Jahre) einen Grad der Behinderung von 100 aufweist, bei weiteren 24 % liegt dieser Wert über 50 %. Insofern gelten knapp 90 % als schwerbehindert und haben einen zusätzlichen Leistungsanspruch nach SGB IX (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft) (Rothgang et al. 2017, S. 193). Diese und weitere Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderungen haben auch die Verbesserung der funktionalen Gesundheit im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention zum Ziel.

5.6.3 Mundgesundheit

Nach Erkenntnissen aus der Studie zur Mundgesundheit (DMS V) ist insbesondere bei Menschen mit Pflegebedarf von einem prekären Zustand zu sprechen (Cholmakow-Boedchel et al. 2016, S. 21). „Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine höhere Karieserfahrung, weniger eigene Zähne und häufiger herausnehmbaren Zahnersatz als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren (75- bis 100-jährige)“ (ebd., S. 6). Dies liegt auch daran, dass etwa ein Drittel der pflegebedürftigen Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihre Zahnprothesen und Zähne selbst zu reinigen und zu pflegen. Der Anteil derer, die bei der täglichen Mundhygiene Unterstützung benötigen, erhöht sich mit steigendem Pflegebedarf. Zwei Drittel dieser Menschen sind nicht mehr in der Lage, sich einen Zahnarzttermin zu organisieren und diesen auch wahrzunehmen (ebd., S. 6 f.). Oft wird der Zahnarzt nur bei Schmerzen aufgesucht (Holtfreter 2014, S. 56).

Allroggen et al. 2010 konnten feststellen, dass ein Zusammenhang zwischen Pflegestufe und dem Anteil eigener Zähne besteht. Sind bei Pflegestufe 1 noch durchschnittlich 16,8 Zähne vorhanden, sind es bei Pflegestufe 3 nur noch 4,8 eigene Zähne. In Pflegestufe 2 haben Personen durchschnittlich noch 9,3 eigene Zähne (Allroggen et al. 2010, S. 16 ff.).

Neben dem Verlust von Zähnen entstehen bei mangelnder Mundhygiene Zahn- und Munderkrankungen, welche Allgemeinerkrankungen wie Lungen- oder Herz-Kreislauf-Krankheiten begünstigen. Seit dem 1. Juli 2018 existiert der § 22 a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Dort ist festgelegt, dass Pflegebedürftige Anspruch auf eine halbjährliche Vorsorge-Behandlung durch einen Zahnarzt haben.

5.7 Fazit zu Ressourcen und gesundheitlichen Risiken im Alter

Vielfältige physiologische Veränderungen im Alter bergen erhöhte Risiken für die Gesundheit. Hinzu kommen Erkrankungen, psychische Beeinträchtigungen und soziale Problemlagen, sodass insgesamt im Alter von einer erhöhten Vulnerabilität gesprochen wird. Konkrete Risiken sind vor allem:

Eine Mangelernährung im Alter kann bei Über- sowie Untergewicht eintreten. Da Personen im höheren Alter überwiegend übergewichtig sind, ist der Mangel meist qualitativer Natur. Es fehlen wichtig Mineralstoffe, Vitamine und Nährstoffe. Aus einer Mangelernährung resultieren der Verlust von Muskelmasse und damit auch eine Muskelschwäche, ein reduziertes Immunsystem und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.

Die mangelnde körperliche Aktivität im Alter: Die empfohlene wöchentliche Mindestdauer körperlicher Aktivität von 2,5 Stunden wird schon bei Personen ab 65 Jahren überwiegend nicht erfüllt. Dies fördert das Entstehen funktioneller Einschränkungen und die Abnahme von Muskelmasse. Radfahren, Schwimmen, Gymnastik (auch Wassergymnastik), Wandern und Nordic Walking sind beliebte Sportarten im Alter - ihre Ausübung wirkt dem weiteren Abbau der funktionalen Fähigkeiten entgegen (Ressourcen).

Suchtverhalten: Der Tabakkonsum nimmt mit steigendem Alter ab. Der Alkoholkonsum nimmt vor allem unter Männern mit steigendem Alter zu, Medikamentenmissbrauch bei Frauen. Dies ist mit vielen Folgerisiken verbunden.

Mit Abstand das häufigste Problem stellt bei beiden Geschlechtern der Bluthochdruck (Hypertonie) dar - eines der Hauptrisiken für Herzinfarkte und Schlaganfälle, die wiederum erhebliche Funktionseinbußen nach sich ziehen können und daher zu den häufigsten pflegebegründenden Diagnosen gehören.

Eine hohe Bedeutung haben weiterhin für beide Geschlechter Arthrosen, die mit Einschränkungen in der Beweglichkeit/Mobilität und Schmerzen einhergehen und für die neben der Alterung Übergewicht (ebenfalls sehr häufig in beiden Gruppen) einer der größten Risikofaktoren ist.

Das dritthäufigste (Frauen) bzw. bei Männern vierthäufigste Problem stellen hohe Blutfettwerte (Hyperlipidämie) dar, die u. a. Folge des Diabetes mellitus sein können, der wiederum bei beiden Geschlechtern ab 75 Jahren eine Prävalenz von rund 20 % aufweist. Auch Diabetes kann, wenn er nicht frühzeitig erkannt und adäquat behandelt

wird, mit unterschiedlichen Langzeitfolgen einhergehen - Herzinfarkt, Schlaganfall, Neuropathie und diabetisches Fußsyndrom.

Zu den häufigsten pflegebegründenden Diagnosen zählen weiterhin Erkrankungen aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen, insbesondere Demenz, Depression und Angststörungen, sowie starke Seh- und Hörbehinderungen.

Geschlechtsbezogen lässt sich schlussfolgern, dass Frauen infolge größerer physiologischer und hormoneller Veränderungen im Lebensverlauf sowie aufgrund ihres geringeren Bildungs- und Einkommensniveaus häufiger von Multimorbidität betroffen sind als Männer und auch mehr von funktionalen Einschränkungen berichten, was sich ab dem Alter von 75 Jahren in deutlich höheren Pflegequoten niederschlägt.

Bei Kindern führen insbesondere Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung (am häufigsten beim Down-Syndrom) zu Pflegebedürftigkeit, aber auch Störungen des Flüssigkeitshaushalts und Krebs werden bei Eintritt in den Pflegeleistungsbezug sehr häufig festgestellt.

Multimorbidität nimmt mit steigendem Pflegebedarf zu. Häufigste pflegebegründende Diagnosen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit bei ambulant versorgten Personen sind erhöhtes Komplikationsrisiko, Krebs und Exikkose. Bei länger bestehender Pflegebedürftigkeit steigt auch das Risiko einer Depression, Demenz, eines Schlaganfalls und Angststörungen.

Der Zahnstatus Pflegebedürftiger ist u. a. auf eine schlechte Mundhygiene und Barrieren (Mobilitätseinschränkungen, keine aufsuchenden Behandlungsangebote) bei der Inanspruchnahme präventiver zahnärztlicher Leistungen zurückzuführen. Mit steigendem Pflegebedarf ist daher eine sinkende Anzahl eigener Zähne zu verzeichnen. Dies begünstigt sozialen Rückzug und Lungen- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Mit steigendem Alter und vor allem bei Personen mit chronischer Krankheit ist die Gesundheitskompetenz problematisch bis inadäquat. Es herrscht großer Informationsmangel und damit einhergehend auch ein „schlechteres“ Gesundheitsverhalten. Hier liegen daher große Potenziale, durch Information, Beratung und Schulung von Personen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen Wissen zu vermitteln und Handlungskompetenz im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern. Neben der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI sollten dabei die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gem. § 45 SGB XI stärker forciert werden.

Ressourcen sind bis ins hohe Alter vorhanden, es gilt lediglich, diese Potenziale individuell zu ermitteln und zu erschließen. Die Erkenntnisse aus Hundertjährigen-Studien

Gesundheitliche
Ressourcen und
Risiken bei
Menschen mit
Pflegebedarf

haben gezeigt, dass eine gute kognitive Leistungsfähigkeit auch bei körperlichen Einschränkungen eine weitgehend selbstständige Lebensweise zulässt.

Zu den Ressourcen gehört in der ambulanten Versorgung die hohe familiäre Pflegebereitschaft. Wenn es gelingt, auch pflegende Angehörige stärker für Gesundheitsförderung und Prävention zu sensibilisieren, können sie entscheidend dazu beitragen, die dafür notwendigen Lebensstiländerungen im Alltag langfristig zu erreichen.

So vielfältig die gesundheitlichen Risiken im Alter auf der einen Seite sind – sie führen auf der anderen Seite alle zu einer abnehmenden Leistungsfähigkeit (durch Verlust von Muskelmasse) und einem sinkenden Grundumsatz des Energiestoffwechsels, was letztlich in einer sich wechselseitig verstärkenden Abwärtsspirale mündet (siehe Abbildungen Cycle of Frailty, S. 33, und Teufelskreis Mangelernährung S. 69). Um dieser Entwicklung wirksam entgegenzuwirken gibt es, ohne den in Kapitel 10 dargestellten Ergebnissen zu Interventionen allzu weit vorgehen zu wollen, drei grundlegende Strategien: Bewegung, gesunde Ernährung und gute soziale Kontakte. Diese haben wiederum vielfältige positive Auswirkungen auf alle Körpersysteme.

Sportliche Aktivitäten beeinflussen Atmung, Herz, Kreislauf, Immunsystem, Muskeln, Nieren, Knochen, Verdauungssystem, Gehirn sowie den Energiestoffwechsel positiv. Viel Bewegung fördert zudem die seelische Ausgeglichenheit, verhindert Gewichtszunahme und verringert das Risiko degenerativer Erkrankungen im Alter (vgl. www.gesundheit.de).

Voraussetzung für regelmäßige körperliche Aktivität ist eine gesunde, energie- und eiweißreiche Ernährung zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit. Der notwendige Antrieb zur Bewegung und der Appetit wiederum hängen eng mit der psychischen Verfassung sowie den kognitiven Fähigkeiten des Menschen zusammen, die u. a. durch soziale Faktoren (Mitglied einer Gemeinschaft zu sein, gebraucht zu werden, Kommunikation etc.) beeinflussbar sind.

6 Ergebnisse einer Analyse von MDK-Begutachtungsdaten

Um ein umfassendes Bild von den gesundheitlichen Risiken und Ressourcen sowie den funktionellen Fähigkeiten von Menschen mit Pflegebedarf, die zu Hause versorgt werden, zu erhalten, wurde ergänzend zur Literaturrecherche eine quantitative Analyse eines aktuellen Datensatzes des MDK vorgenommen.

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

Die Ergebnisse der Begutachtung enthalten zum einen Hinweise zum Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in den sechs Modulen

1. Mobilität,
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung,
5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

sowie zu Krankheiten (pflegebegründende Diagnose). Zum anderen lassen sich aus den Empfehlungen der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter zu Präventionsleistungen konkrete Schlussfolgerungen zu Präventionspotenzialen ziehen.

Ziel der Datenanalyse war es auch, nach Zusammenhängen zwischen der Art und der Anzahl von Präventionsempfehlungen und der zugrundeliegenden Erkrankung oder dem Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigungen zu suchen, um Zielgruppen für unterschiedliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu identifizieren.

6.1 Strukturelle Beschreibung des Datensatzes

Analysiert wurden Daten aus der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aus dem Monat November 2017. Enthalten sind 107.986 Fälle von Anträgen auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung mit dem Ergebnis Pflegegrad 1 oder höher. Vom MDK zur Verfügung gestellt wurden alle Fälle, deren erste pflegebegründende Diagnose (ICD-3-Steller) mindestens 30-mal vertreten ist, um eine Rückverfolgbarkeit auf einzelne Personen auszuschließen. Folgende Merkmale sind im Datensatz enthalten:

- Alter
- Geschlecht
- Erste pflegebegründende Diagnose (ICD-10)
- Pflegegrad (1-5)
- Summen der Einzelpunkte in den Modulen 1 bis 6 (ungewichtet) (siehe auch Abb. 47)
- Präventionsempfehlungen:
 - 7.1.1 Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung
 - 7.1.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
 - 7.1.3 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (siehe Abb. 48)

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

- Empfehlung einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (siehe Abb. 49)

Das Altersspektrum der begutachteten Personen umfasst 0 bis 106 Jahre. Das Geschlecht ist jeweils mit weiblich oder männlich angegeben. Die pflegebegründende Diagnose orientiert sich an der ICD-Klassifizierung und wird auf der Ebene der 3-Steller angegeben. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Codes und die entsprechenden Krankheitsgruppen:

Code-Bereich	Klassentitel
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00-D48	Neubildungen
D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Tab. 13: Systematik der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten aus der ICD-10-GM Version 2018
Quelle: DIMDI 2017, o. S.

In der folgenden Abbildung wird die Grundlage zur Berechnung der Pflegegrade (1 bis 5) dargestellt. Je nachdem, wie hoch die Punktzahl in den einzelnen Modulen ist, sind Rückschlüsse auf das Ausmaß der funktionellen Einschränkungen möglich. In der Auswertung wurden sowohl die ungewichteten Punkte betrachtet (rot hervorgehoben) als auch die entsprechende Zuordnung zum Schweregrad der Beeinträchtigung (keine bis schwerste).

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	Gewichtete Punkte
		0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste		
1 Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15		
		0	2,5	5	7,5	10		
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65		
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15		
4 Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54		
		0	10	20	30	40		
5 Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15		
		0	5	10	15	20		
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								

Abb. 46: Berechnungs- und Bewertungsregeln zur Ermittlung der Pflegegrade aus den Begutachtungs-Richtlinien (BRi)
Quelle: MDS und GKV-Spitzenverband 2016, S. 233

Die MDK-Gutachterinnen und -gutachter können im Rahmen der Begutachtung gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen geben. Die Präventionsempfehlungen richten sich nach den Handlungsfeldern und Angeboten der Krankenkassen. Es kommen also grundsätzlich Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Mobilität/körperliche Aktivität, Sucht und Ernährung infrage. Es werden ausschließlich Gruppenangebote im Rahmen von Präventionsmaßnahmen finanziert, sodass die Gut-

achterinnen und Gutachter die Fähigkeit der Pflegebedürftigen zur Teilnahme an einer solchen Maßnahme berücksichtigen müssen.

Präventionsempfehlungen können in drei unterschiedlichen Bereichen ausgesprochen werden, wie die folgende Abbildung 47 verdeutlicht (rot markiert):

Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus)

Möglichkeiten zur Förderung oder zum Erhalt der festgestellten Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen:

Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung durch:

- Einleitung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen:
- Optimierung der räumlichen Umgebung:
- Hilfsmittel- und Pflegehilfsmiteleinsetz bzw. dessen Optimierung:
- Präventive Maßnahmen:**
- Sonstige Empfehlungen:
- Keine

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte durch:

- Einleitung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen:
- Optimierung der räumlichen Umgebung:
- Hilfsmittel- und Pflegehilfsmiteleinsetz bzw. dessen Optimierung:
- Präventive Maßnahmen:**
- Sonstige Empfehlungen:
- Keine

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen durch:

- Edukative Maßnahmen/Beratung zur Verbesserung des Wissens um die bestehenden Erkrankungen und zum Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:
- Einsatz, Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfs-/Pflegehilfsmitteln und medizinischen Geräten:
- Präventive Maßnahmen:**
- Sonstige Empfehlungen:
- Keine

Abb. 47: Formulare für Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen

Quelle: Begutachtungsrichtlinien, MDS und GKV-Spitzenverband 2016, S. 234 f.

Des Weiteren haben die Gutachter seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes gem. § 18 Abs. 1 SGB XI die Möglichkeit, Empfehlungen einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V auszusprechen. Die Beratung kann allerdings nur erfolgen, wenn mindestens eine Präventionsempfehlung gegeben wird. Die Empfehlung zur Beratung kann sich auf die vier Handlungsfelder des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbands beziehen (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum (GKV-Spitzenverband 2017c, S. 51, siehe auch Abbildung 48 unten). Die Beratung soll die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen motivieren und befähigen, die Möglichkeiten einer gesunden, Störungen/Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen.

Zur Rückmeldung an die Pflegekassen werden die Präventionsempfehlungen der drei Bereiche in Punkt 8.5 zusammengefasst. Die Empfehlung einer Beratung zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V wird im Punkt 8.6 vermerkt, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich.

4.13 **F 8** Weitere Empfehlungen und Hinweise für die Pflegekasse

Die gutachterlichen Empfehlungen unter den Punkten F 7.1 bis F 7.3 werden hier zusammengeführt und aufgelistet:

- F 8.1 Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel
- F 8.2 Heilmittel und sonstige therapeutische Maßnahmen
- F 8.3 Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen
- F 8.4 edukative Maßnahmen, Beratung und Anleitung
- F 8.5 präventive Maßnahmen

F 8.6	Beratung zu Leistungen der verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
--------------	---

Die Empfehlung zur Beratung kann sich gemäß Leitfaden Prävention auf folgende Handlungsfelder beziehen:

- Bewegungsförderung
- Sturzprävention
- Gewichtsreduktion
- Beseitigung von Fehl- und Mangelernährung
- Verbesserung der psychosozialen Gesundheit
- Verantwortungsbewusster Umgang mit Sucht-/Genusmittel

Abb. 48: Rückmeldung an die Pflegekasse hinsichtlich der Präventionsempfehlungen
Quelle: MDS und GKV-Spitzenverband 2016, S. 114 f.

Im zur Verfügung stehenden Datensatz liegen keine erläuternden Freitexte der Gutachter zu einzelnen empfohlenen Präventionsmaßnahmen vor, da diese elektronisch nicht erfasst werden. In den Begutachtungsrichtlinien werden für die drei Bereiche, in denen Empfehlungen ausgesprochen werden können, folgende konkrete Beispiele für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention genannt:

1. Mobilität:
 - a. Sturzprophylaxe
 - b. Gleichgewichtstraining
 - c. Übungen zur Muskelkräftigung
 - d. Beckenbodentraining
 - e. Rückenschule
 - f. Mobilisierung inaktiver Personen
 - g. Mundgesundheit zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22a SGB V
 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
 - a. Beschäftigung zur Tagesstrukturierung
 - b. Gedächtnistraining nach Anleitung
 - c. Stressbewältigung
 - d. Erlernen eines Entspannungsverfahrens
 - e. Depressionsprävention im Kurs
 3. Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
 - a. Überprüfung der Medikation bei Multimedikation
 - b. Hinweise zur Hygiene bei Verwendung von Medizinprodukten zur Infektionsprophylaxe
 - c. Hinweise zum verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln (z. B. Nichtrauchertraining oder Teilnahme an Selbsthilfegruppen)
 - d. Hinweise zur Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung
 - e. Hinweise zur Gewichtsreduktion
- (MDS und GKV-Spitzenverband 2016, S. 107 ff.).

Um zu ermitteln, ob und welche Zusammenhänge es zwischen den einzelnen Ausprägungen in den Begutachtungsmodulen und den Präventionsempfehlungen gibt, sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- Wer bekommt eine Präventionsempfehlung bzw. welche Merkmale (Alter, Geschlecht, Diagnose, Pflegegrad) weist diese Personengruppe auf?
- Gibt es signifikante Unterschiede zur Gruppe der Versicherten ohne Präventionsempfehlung?
- In welchen Fällen wird in welchem Bereich (Mobilität, Kognition, Bewältigung von Krankheit) eine Präventionsempfehlung ausgesprochen?

- Welche Einschränkungen sind bei den Versicherten mit Präventionsempfehlungen (allgemein sowie getrennt nach den drei Arten von Präventionsempfehlungen) vorhanden (Clusterung nach den Begutachtungsmodulen 1 bis 6)?
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Merkmalen der Versicherten und den Präventionsempfehlungen?
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem Grad der Beeinträchtigungen und den Präventionsempfehlungen?

6.2 Ethik und Datenschutz

Der Datensatz des MDS wurde bereits anonymisiert übermittelt. Es ist kein Rückschluss auf natürliche Personen möglich (übermittelt wurden nur die Fälle, deren erste pflegebegründende Diagnose (ICD-3-Steller) mindestens 30-mal vertreten ist). Ersichtlich ist für das IGES Institut nicht:

- in welchen Regionen die Versicherten leben,
- ob sie erstmalig oder wiederholt begutachtet wurden,
- in welchem konkreten ambulanten Setting sich die Versicherten mit Präventionsempfehlungen befinden (mit oder ohne professionelle Pflege oder Tages-/Nachtpflege, mit oder ohne Unterstützung durch Angehörige, allein lebend, mit Partnerin/Partner oder mit der Familie),
- ob sie die Präventionsempfehlung erstmalig erhalten haben,
- in welchem Umfang die Präventionsempfehlungen von der Pflegekasse befürwortet wurden,
- ob die pflegebedürftige Person einer entsprechenden Präventionsmaßnahme zugestimmt und diese dann auch in Anspruch genommen hat.

Die Daten wurden vertraulich behandelt. Ausschließlich die für dieses Projekt zuständigen Projektmitarbeitenden haben Zugriff auf den Datensatz, um die Daten auszuwerten und strukturiert aufzubereiten. Nach Abschluss der Analyse des Datensatzes bzw. nach Fertigstellung der Studie werden die Daten gelöscht.

6.3 Vorgehen bei der Auswertung der Daten

Es wurde die Software SPSS genutzt. Darüber erfolgte zunächst die deskriptive Auswertung des Datensatzes. Anschließend wurde eine logistische Regression vorgenommen, um zu ermitteln, inwieweit es signifikante Zusammenhänge gibt zwischen einzelnen Merkmalen der Versicherten und der Wahrscheinlichkeit, eine oder mehrere Präventionsempfehlungen zu erhalten. Um diese Zusammenhänge noch genauer analysieren zu können, wurde zusätzlich eine sog. Cart-Analyse vorgenommen. Dieses Analyseverfahren beruht auf der Berechnung von Entscheidungsbäumen, die

Merkmalskombinationen suchen, welche verglichen mit einem Ausgangswert die Wahrscheinlichkeiten erhöhen, eine oder mehrere Präventionsempfehlungen zu erhalten. Mit der Cart-Analyse können bestimmte Merkmalsausprägungen in Beziehung zu anderen Merkmalsausprägungen gesetzt und somit Prädiktoren für bestimmte Gruppen dargestellt werden.

6.4 Ergebnisse der Datenauswertung

Wie die folgende Abbildung zeigt, ist die Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen die mit Abstand größte Gruppe im MDK-Datensatz, gefolgt von den 70- bis 79-Jährigen.

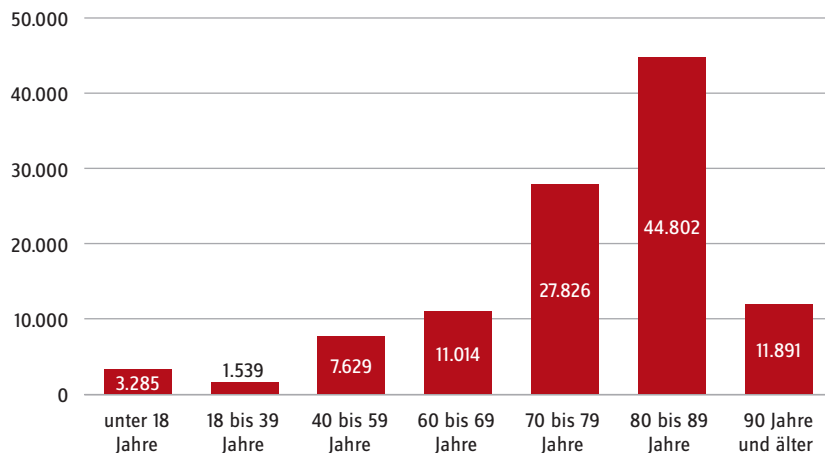


Abb. 49: Zusammensetzung der Stichprobe (STP) nach Altersgruppen (n = 107.986)

Vergleicht man diese Zusammensetzung nach Altersgruppen mit derjenigen aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen 2016 (vgl. Abbildung 52), zeigt sich, dass die Stichprobe die Grundgesamtheit bezüglich des Merkmals Alter relativ gut abbildet. Mit rund 52 % sind etwas mehr Personen in der MDK-Stichprobe 80 Jahre und älter als im Datensatz von Schneekloth et al. 2016 - dort waren es 48 %. In der aktuellen Pflegestatistik 2017 lag dieser Anteil bei 50 %.

Der Anteil der Frauen liegt in der Stichprobe bei 60,2 % und entspricht damit fast exakt dem in der Pflegestatistik 2017 ausgewiesenen Anteil weiblicher Pflegebedürftiger von 60,5 %.

Dies lässt sich auch hinsichtlich des Merkmals Pflegegrad konstatieren – die IGES zur Verfügung stehende Stichprobe des Monats November 2017 entspricht in der Zusammensetzung nach Pflegegraden weitgehend derjenigen aller Begutachtungsfälle mit ambulanten Leistungen des ersten Quartals 2018 (vgl. Abbildung 51). Rund 60 % der Fälle entfallen auf die Pflegegrade 1 und 2 und weisen damit geringe, nur in einzelnen Modulen erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit auf. Auf die Pflegegrade 4 und 5 mit entsprechend schweren bis schwersten Beeinträchtigungen entfallen lediglich 12 % der Fälle.

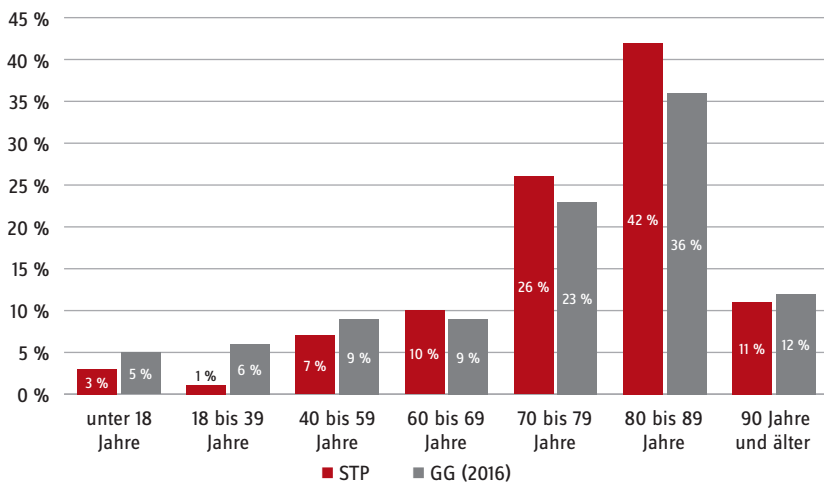


Abb. 50: Altersgruppen der Stichprobe (STP) in Bezug zur Grundgesamtheit (GG) der Pflegebedürftigen 2016 (Schneekloth et al. 2017)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneekloth et al. 2017

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

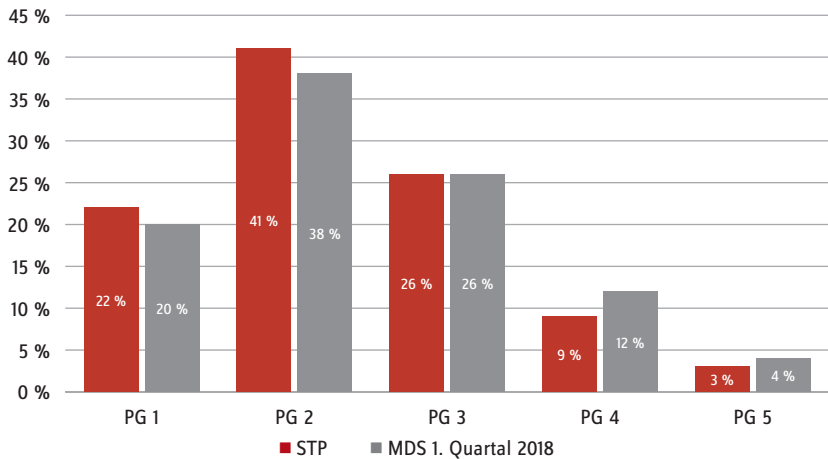


Abb. 51: Fälle nach Pflegegraden der STP in Bezug zu Fällen des MDS im 1. Quartal 2018

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Daten des MDS 2018

Die folgende Abbildung 52 vermittelt einen Eindruck vom Krankheitsspektrum der Begutachtungsfälle auf Basis der von den Gutachtern festgehaltenen „pflegebegründenden Diagnosen“ auf der Ebene der Haupt-Diagnosegruppen (MDC). Die mit Abstand meisten Fälle (knapp 22 %) sind der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen zuzuordnen, gefolgt von der Diagnosegruppe R mit fast 20 %. Darunter verbergen sich „Symptome“, die auf funktionelle Einschränkungen in verschiedenen körperlichen Bereichen verweisen, ohne dass den Gutachterinnen und Gutachtern eine spezifische, ärztlich attestierte Diagnose vorlag. Die dazugehörigen Einzeldiagnosen beschränken sich zu über 90 % auf zwei Phänomene - R54 Senilität (einschl. Altersschwäche) und R26 Mobilitätsstörungen. Weitere häufig vorkommende Diagnosegruppen sind mit 16 % die Muskel-Skelett-Erkrankungen und mit knapp 14 % die Kreislauf-Erkrankungen.

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

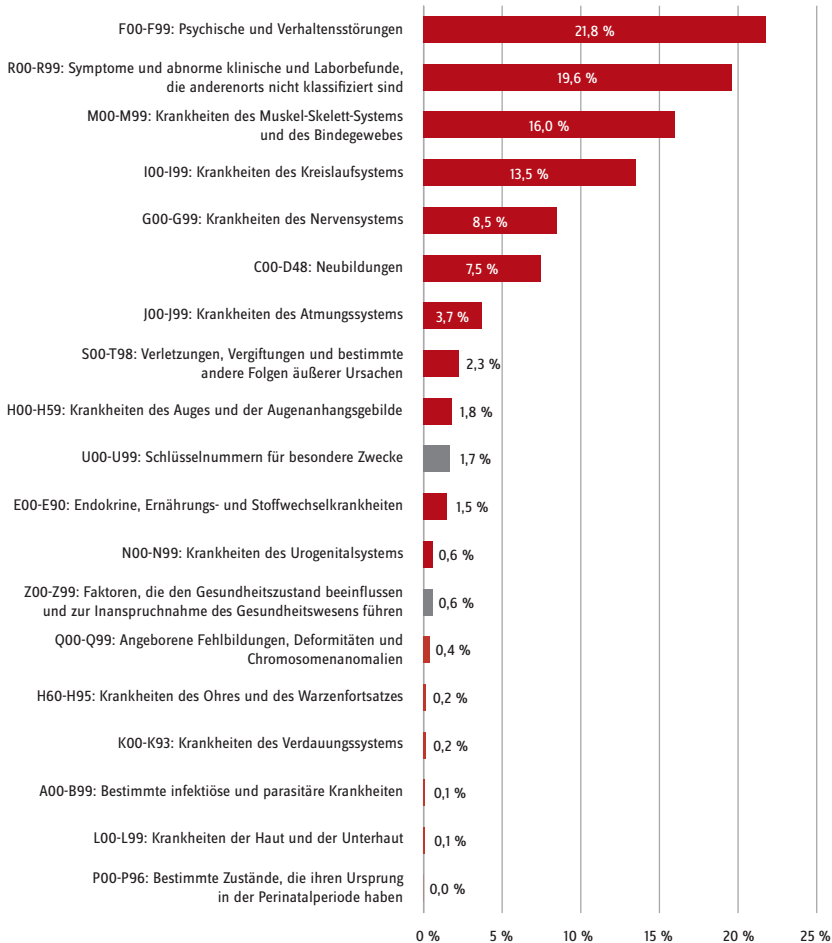


Abb. 52: Fälle nach Krankheitsgruppen (n = 107.986)

Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass das Merkmal „pflegebegründende Diagnose“ in den MDK-Begutachtungsdaten nicht qualitätsgesichert erfasst wird. Einerseits sind die Gutachterinnen und Gutachter nicht in der Codierung von Krankheiten geschult und andererseits liegen ihnen nicht immer eindeutige ärztliche Informationen zu den Erkrankungen vor. Das erklärt auch die häufige Nutzung der R-Diagnosen. Die mit grauem Balken hervorgehobenen Diagnosegruppen U und Z dürf-

ten eigentlich hier gar nicht verwendet werden, da sie nur als Zusatzmerkmale bei stationären Eingriffen zu verwenden sind.

Erste pflegebegründende Diagnose	ICD-Label	Prävalenz ICD3 Anzahl Fälle
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	11.813
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	11.585
R54	Senilität	7.747
M15	Polyarthrose	5.606
I50	Herzinsuffizienz	4.655
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	3.601
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	3.408
I63	Hirnfarkt	3.124
M19	Sonstige Arthrose	2.018
I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	1.943
	<i>Summe Fälle</i>	55.500

Tab. 14: TOP 10 Einzeldiagnosen

Dennoch vermitteln die Angaben zu den pflegebegründenden Diagnosen einen Einblick in das Krankheitsspektrum, das bei den Pflegebedürftigen vorzufinden ist. Wie aus Tabelle 14 hervorgeht, entfallen die Hälfte aller rd. 108.000 Fälle auf nur zehn Einzeldiagnosen, ein knappes Viertel gar auf nur zwei Diagnosen: Demenz und Störungen der Mobilität. Das ist insofern wenig überraschend, da Einschränkungen in der Mobilität und/oder der Kognition häufig einen Unterstützungsbedarf bei der Selbstversorgung induzieren, der mit einer hohen Gewichtung von 40 % in die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit eingeht.

Weitere häufige Krankheitsbilder sind Arthrosen, die insbesondere mobilitätseinschränkend sind, sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche mit unterschiedlichen funktionalen Einbußen verbunden sein können.

Präventionsempfehlungen

Rund 15 % (16.382) der begutachteten Personen erhielt eine oder mehrere Präventionsempfehlungen. Das heißt im Umkehrschluss, dass die große Mehrheit der Begutachteten keine Präventionsempfehlung bekam.

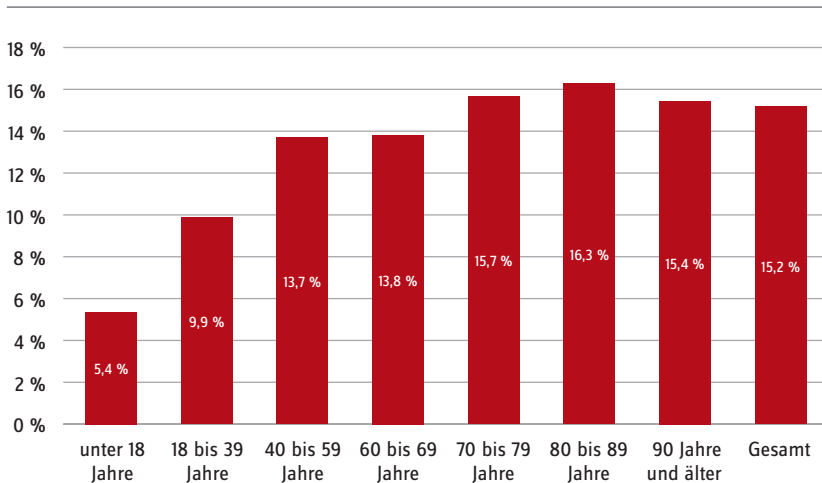


Abb. 53: Anteil mit Präventionsempfehlung (n = 16.382) nach Altersgruppen

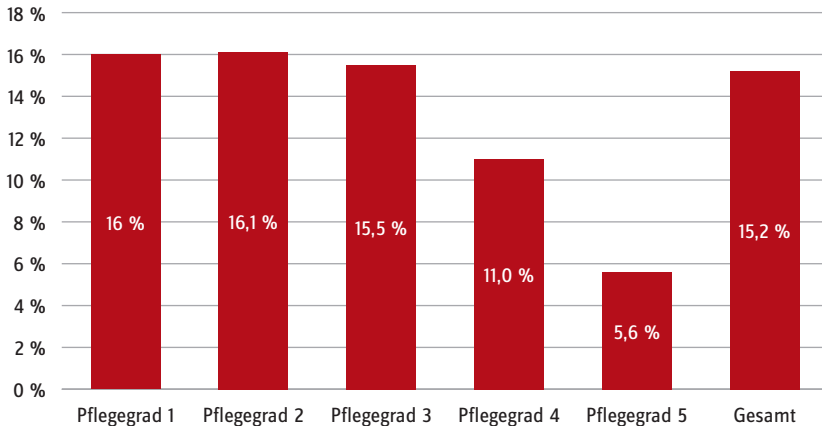


Abb. 54: Anteil mit Präventionsempfehlung (n = 16.382) nach Pflegegrad

Wie im Kapitel 6.1 erläutert, können die Gutachterinnen und Gutachter in drei Bereichen Präventionsempfehlungen aussprechen. Je nach Bedarf ist es auch möglich, Maßnahmen aus zwei oder drei Bereichen gleichzeitig zu empfehlen. Wie aus Abbildung 55 hervorgeht, erhalten knapp ein Viertel der Fälle mit Präventionsempfehlung mehr als eine Präventionsempfehlung. In 310 Fällen sprachen die Gutachterinnen und Gutachter sogar drei Präventionsempfehlungen aus.

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

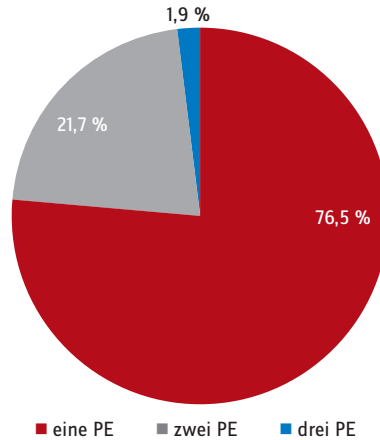


Abb. 55: Anzahl der Präventionsempfehlungen (n = 16.382)

Die folgenden zwei Abbildungen geben Aufschluss über die Verteilung der Fälle mit Präventionsempfehlungen auf die Diagnosegruppen. Aus Abbildung 56 geht hervor, dass der Anteil der Fälle mit Präventionsempfehlungen in der Regel zwischen 12 % und 18 % liegt, lediglich bei den Neubildungen ist der Wert mit knapp 6 % deutlich geringer.

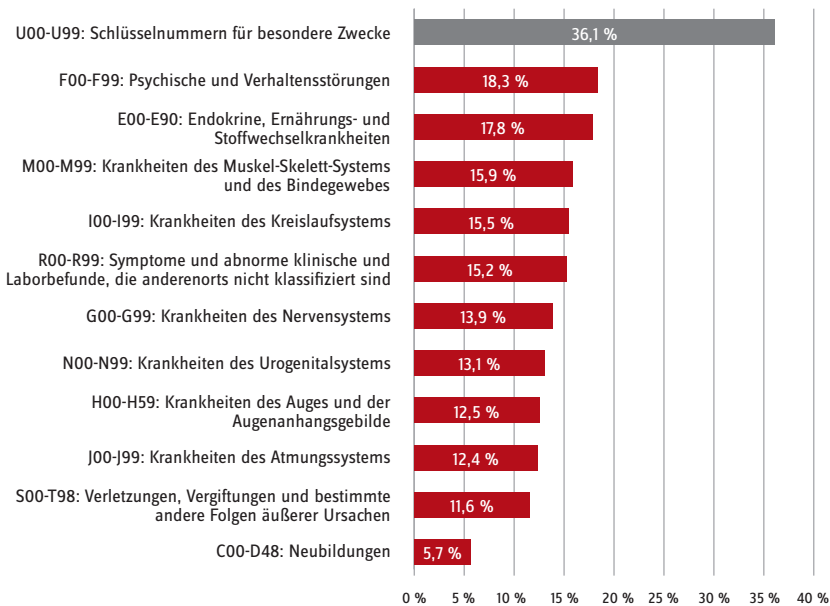


Abb. 56: Anteil mit Präventionsempfehlung je ICD-Gruppe

Der auffallend hohe Anteil in der MDC-Gruppe U (die eigentlich korrekterweise nicht codiert werden dürfte), wirft Fragen auf. Wie allerdings aus Abbildung 57 hervorgeht, machen diese Fälle nur 4 % aller Fälle mit Präventionsempfehlungen aus.

Bei einem Viertel der Fälle mit Präventionsempfehlung liegt eine psychische Erkrankung zugrunde – dieser Anteil liegt nur geringfügig höher als der Anteil aller F-Diagnosen in der Stichprobe (22 %). Auch die restliche Verteilung der Diagnosegruppen in den Fällen mit Präventionsempfehlungen ergibt ein ähnliches Bild – ein signifikanter Zusammenhang zwischen pflegebegründender Diagnose und Wahrscheinlichkeit einer Präventionsempfehlung besteht nicht.

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

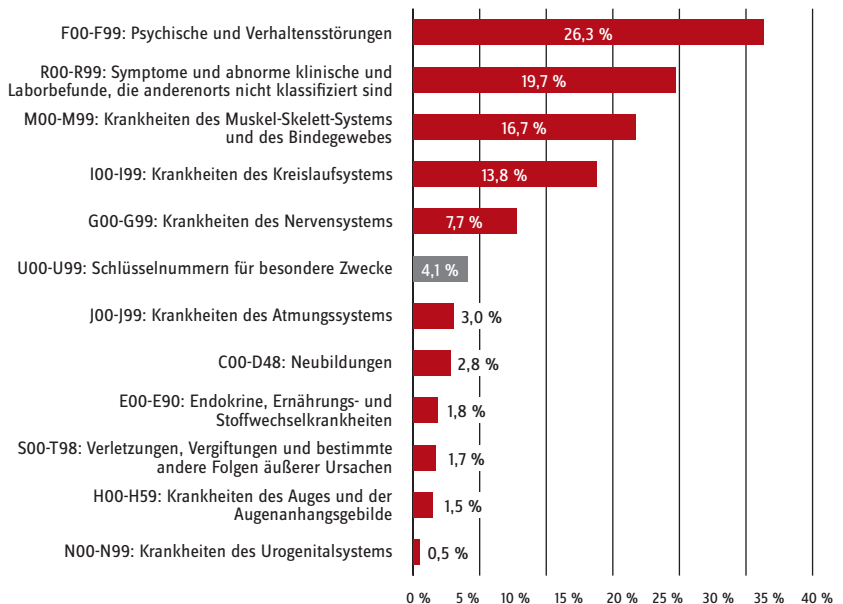


Abb. 57: Fälle mit Präventionsempfehlung (n = 16.382) nach ICD

Eine Reihe von Einzeldiagnosen zeichnet sich durch höhere Anteile mit Präventionsempfehlung als im Gesamtdurchschnitt (15 %) aus - die zehn Diagnosen mit dem höchsten Anteil sind der folgenden Tabelle 15 zu entnehmen. An der Spitze steht die Adipositas - mit knapp 30 % werden bei diesen Fällen doppelt so oft Präventionsempfehlungen ausgesprochen wie im Durchschnitt. Die weiteren Diagnosen gehören fast alle zu den psychischen Erkrankungen, mit Ausnahme des Schwindels und der Alzheimer-Krankheit. Die Häufigkeit der Diagnosen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Präventionsempfehlung bezogen auf die Gesamtstichprobe ist allerdings gering und liegt jeweils (deutlich) unter einem Prozent.

ICD	Erläuterung	Anteil an Präventionsempfehlungen	Prävalenz ICD3 Anzahl Fälle
E66	Adipositas	29,3 %	461
F32	Depressive Episode	26,0 %	868
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	25,8 %	624
R42	Schwindel und Taumel	25,2 %	507
F33	Rezidivierende depressive Störung	24,3 %	939
F45	Somatoforme Störungen	23,7 %	131
F31	Bipolare affektive Störung	23,0 %	165
F01	Vaskuläre Demenz	22,9 %	814
F25	Schizoaffektive Störungen	21,8 %	170
G30	Alzheimer-Krankheit	21,7 %	654

Tab. 15: Zehn Einzeldiagnosen mit höchstem Anteil an Präventionsempfehlungen

Betrachtet man die unterschiedliche Ausrichtung der Präventionsempfehlungen, so werden mit knapp 54 % mehrheitlich Maßnahmen zur Förderung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, zur Verbesserung von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte empfohlen (vgl. Abbildung 58). Präventionsempfehlungen mit dem Fokus auf die Verbesserung der Mobilität und der Selbstversorgung sind mit 38 % vertreten. Mit nur 8 % werden präventive Maßnahmen zum Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen von Gutachterinnen und Gutachtern eher selten vorgeschlagen. Letztere werden, wie aus Abbildung 59 hervorgeht, eher bei jüngeren pflegebedürftigen Personen zwischen 18 und 60 Jahren empfohlen, in höherem Alter kaum noch.

Bei den beiden anderen Arten von Präventionsempfehlungen - Mobilität und Selbstversorgung sowie Kognition und Psyche - ergibt sich dagegen ein anderes Bild: Je älter die Pflegebedürftigen sind, umso höher ist der Anteil der Personen mit einer entsprechenden Präventionsempfehlung. Das ist vor allem ein Hinweis darauf, dass ein höheres Alter nicht per se mit sinkenden Präventionsmöglichkeiten einhergeht.

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

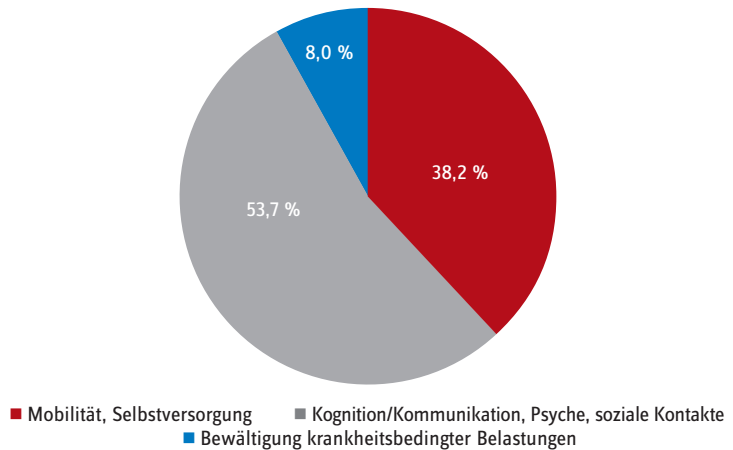


Abb. 58: Art der Präventionsempfehlungen

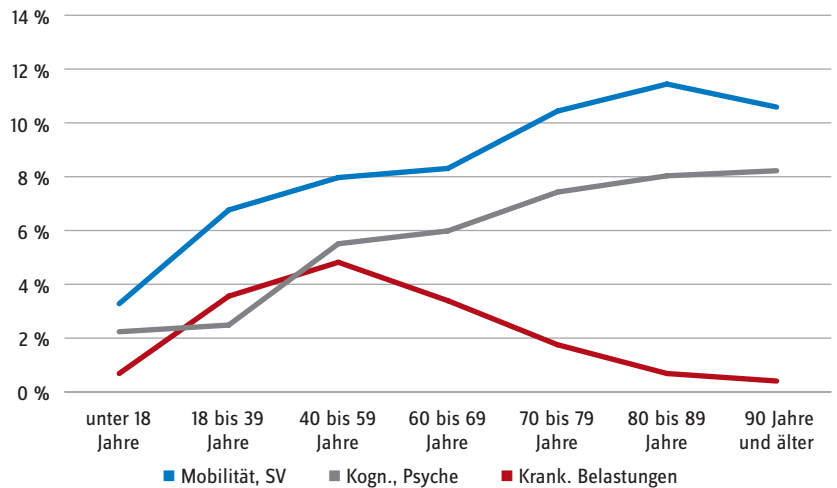


Abb. 59: Präventionsempfehlungen nach Art und Alter

Dagegen zeigt sich in Abbildung 60, dass es für Präventionsempfehlungen im Bereich Kognition und Psyche einen Anstieg des Anteils von Personen mit Präventionsempfehlungen von PG 1 bis PG 3 gibt und auch bei PG 4 noch ein deutlich höherer Anteil als bei den anderen beiden Arten von Präventionsempfehlungen zu verzeichnen ist.

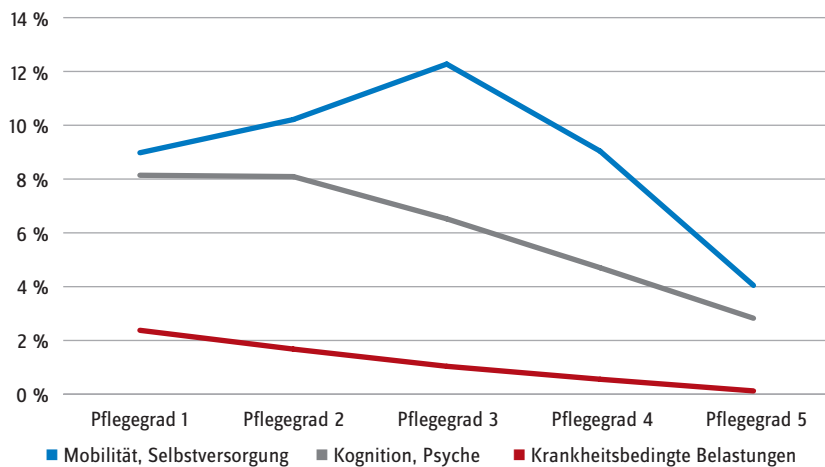


Abb. 60: Präventionsempfehlungen nach Art und Pflegegrad

Als wenig aufschlussreich erweist sich auch die Betrachtung der drei Arten von Präventionsempfehlungen nach ihrer Verteilung auf die Diagnosegruppen, wie sie in Abbildung 61 dargestellt ist. Die vier häufigsten Diagnosegruppen (F, R, M und I, vgl. Abbildung 52), auf die 70 % aller Präventionsempfehlungen entfallen, sind nahezu gleichmäßig in allen drei Arten von Präventionsempfehlungen enthalten, mit der Ausnahme, dass auf die F-Diagnosen mit einem Drittel aller Präventionsempfehlungen Kognition/Psyche deutlich mehr entfallen als auf die anderen Diagnosegruppen.

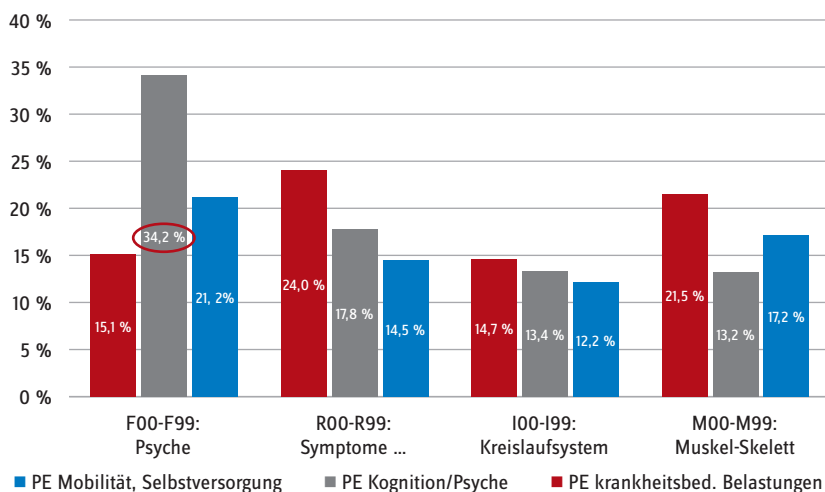


Abb. 61: Art der Präventionsempfehlungen nach Verteilung auf Diagnosegruppen

Um zu ermitteln, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Präventionsempfehlung und der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in den sechs Modulen der Begutachtung besteht, wurde geprüft, wie sich die Begutachtungsergebnisse (ungewichtete Einzelpunkte (EP) je Modul) von Pflegebedürftigen ohne Präventionsempfehlung von denen mit Präventionsempfehlung unterscheiden. Wie aus Abbildung 62 hervorgeht, gibt es kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen - die durchschnittliche Anzahl der Modulpunkte ist in fast allen Modulen nahezu gleich. Lediglich im Bereich Selbstversorgung sind Personen mit Präventionsempfehlungen etwas weniger beeinträchtigt als jene ohne Präventionsempfehlungen, beide Gruppen liegen aber im Bereich „erhebliche Beeinträchtigung“, der von 8 bis 18 Punkten reicht.

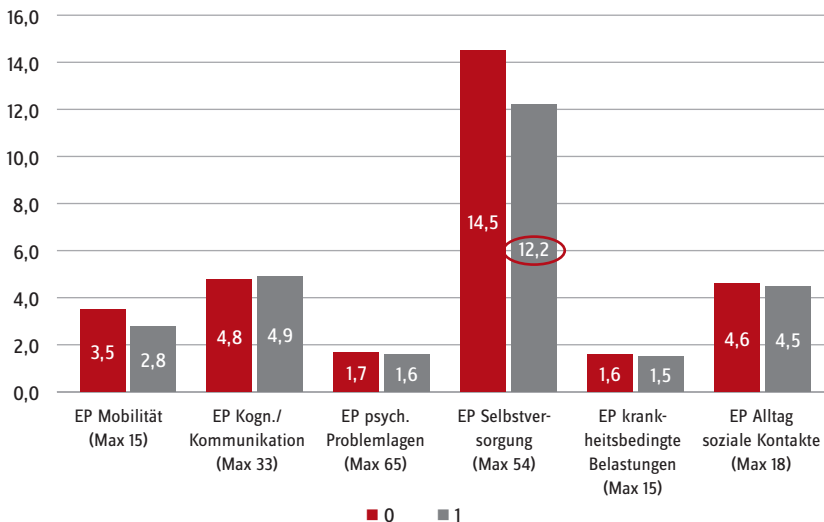


Abb. 62: Keine vs. eine Präventionsempfehlung und Modulpunkte

Auch die getrennte Betrachtung der Modulpunkte nach den drei Arten von Präventionsempfehlungen (siehe Abbildung 63) zeigt keine deutlichen Unterschiede. Einzig im Modul 2 Kognition/Kommunikation erreichen Personen mit einer Präventionsempfehlung Kognition und Psyche durchschnittlich einen höheren Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (erhebliche Beeinträchtigung) als Personen ohne Präventionsempfehlungen (geringe Beeinträchtigung).

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

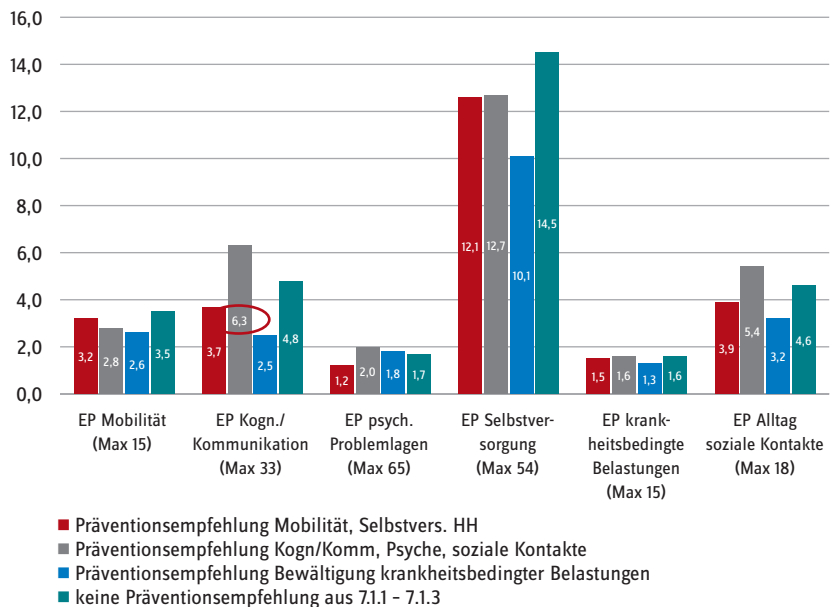


Abb. 63: Präventionsempfehlungen nach Art und durchschnittliche Modulpunkte

Mittels Cart-Analyse wurde untersucht, ob es bestimmte Merkmalskombinationen (aus Alter, Geschlecht, pflegebegründende Diagnose, Modulpunkte und Art der Präventionsempfehlung) gibt, für die die Wahrscheinlichkeit bzw. der Anteil einer Präventionsempfehlung deutlich erhöht, d. h. deutlich über den durchschnittlich 15,2 % der Gesamtstichprobe liegt. Im Ergebnis der Analysen war festzustellen, dass es keine Merkmalskombinationen bzw. Gruppen von Pflegebedürftigen mit bestimmten Charakteristika gibt, für die es eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Präventionsempfehlung gibt.

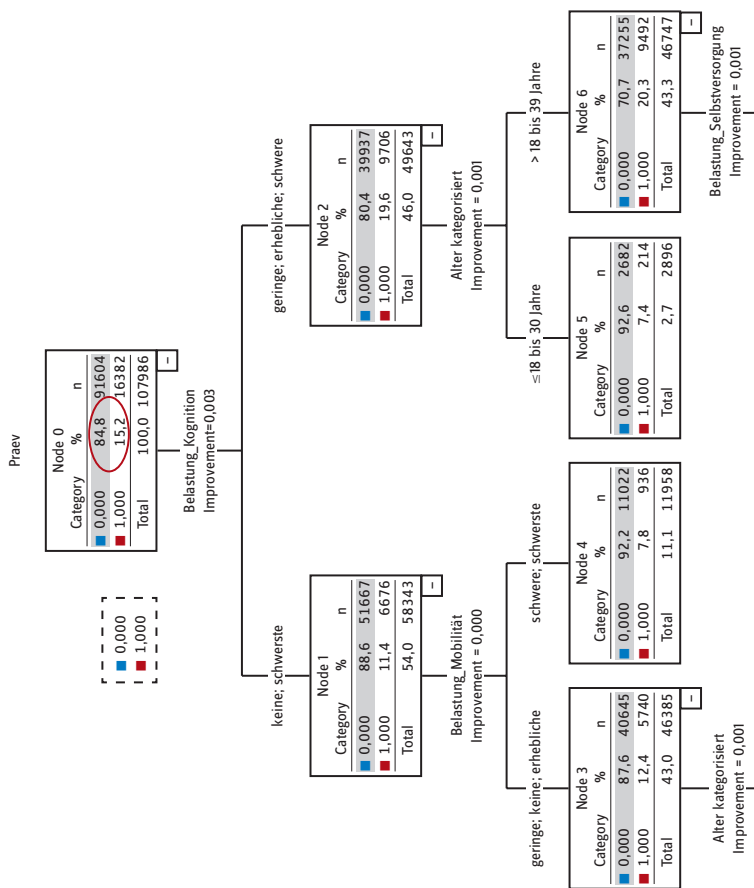
Die folgenden beiden Abbildungen verdeutlichen beispielhaft die Ergebnisse für zwei verschiedene Startpunkte. In Abbildung 64 wurde ausgehend vom Anteil der Fälle mit Präventionsempfehlungen (unabhängig von der Art der Präventionsempfehlung) an allen Fällen (Category 1,0 = 15,2 %) geprüft, in welchen Untergruppen sich dieser Anteil wie erhöht.

In der ersten Ebene wurden zunächst höhere Anteilswerte bei Personen identifiziert, bei denen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Modul 2 (Kognition/Kommunikation) gering bis schwer waren (rechter Ast, Knoten (Node) 2 - Steigerung auf 19,6 %). Diese wurden in der zweiten Ebene nach Altersgruppen betrachtet und es zeigte sich, dass sich bei den Altersgruppen über 40 Jahre eine weitere Steigerung auf 20,3 % ergab (rechter Ast, Knoten 6). Auf der dritten Ebene konnte dann anhand der Punkte im Modul 4 Selbstversorgung eine letzte Untergruppe mit erhöhtem Anteil mit Präventionsempfehlungen gefunden werden - für jene Personen mit weniger als 19 Punkten (d. h. mit keinen, geringen oder erheblichen Beeinträchtigungen) auf 22,1 % (linker Ast, Knoten 9).

Im Ergebnis heißt das: Personen aus der Stichprobe mit geringen bis schweren kognitiven Beeinträchtigungen, die älter als 40 Jahre sind und gleichzeitig keine bis erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen, erhielten zu 22 % eine Präventionsempfehlung, während durchschnittlich nur 15 % der Personen der Gesamtstichprobe eine solche erhielten.

Gepprüft wurde auch, ob es für die drei Arten von Präventionsempfehlungen jeweils Untergruppen mit höheren Anteilen als in der Gesamtstichprobe gibt. Die höchste Differenz von zehn Prozentpunkten im Vergleich zum Ausgangswert wurde für die Präventionsempfehlungen Kognition/Kommunikation gefunden (siehe Abbildung 65). Rund 10 % der Personen insgesamt haben eine solche Empfehlung erhalten. Der Anteil erhöht sich in der Untergruppe von Personen, die geringe bis erhebliche Beeinträchtigungen im Modul 2 (Kognition/Kommunikation) aufweisen (rechter Ast, Knoten 2), dann weiterhin in der Altersgruppe über 40 Jahre (rechter Ast, Knoten 6) und darunter wiederum bei jenen Personen, die keine bis erhebliche Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung (Modul 4) aufweisen (linker Ast, Knoten 7). Betrachtet man in dieser Untergruppe erneut die Punktwerte des Moduls 2, dann ist der Anteil mit Präventionsempfehlung bei Personen mit erheblichen bis schweren Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten noch einmal höher - bei insgesamt 20,3 % (Knoten 10).

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten



		≤ unter 18 Jahre		> 18 Jahre	
		Node 7		Node 8	
Category	%	n	%	n	%
0,000	96,0	901	87,5	39744	
1,000	4,0	38	12,5	5702	
Total	0,9	939	100,0	45446	

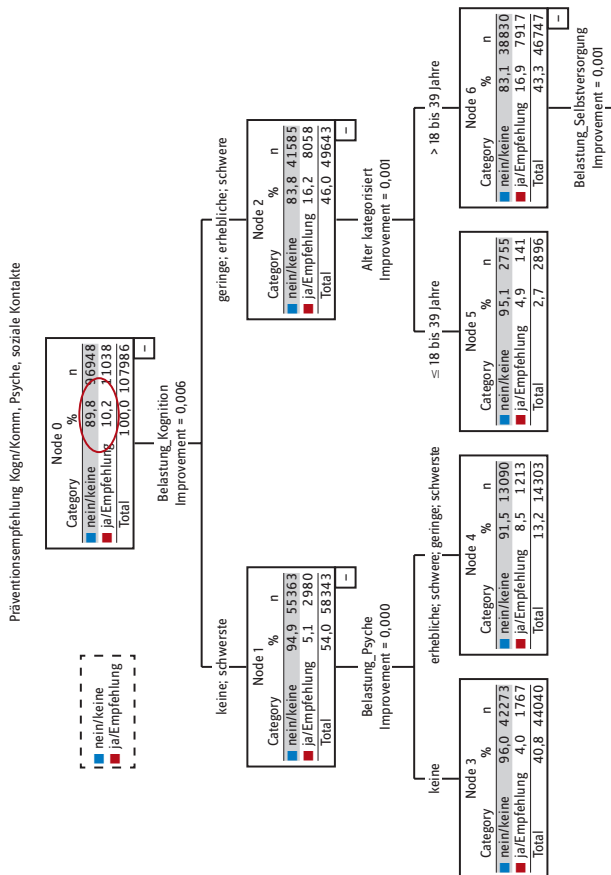
		keine; geringe; erhebliche		schwere; schwerste	
		Node 9		Node 10	
Category	%	n	%	n	%
0,000	77,9	26714	84,6	10541	
1,000	22,1	7571	15,4	1921	
Total	31,7	34285	11,5	12462	

Belastung_Selbstversorgung
Improvement = 0,001

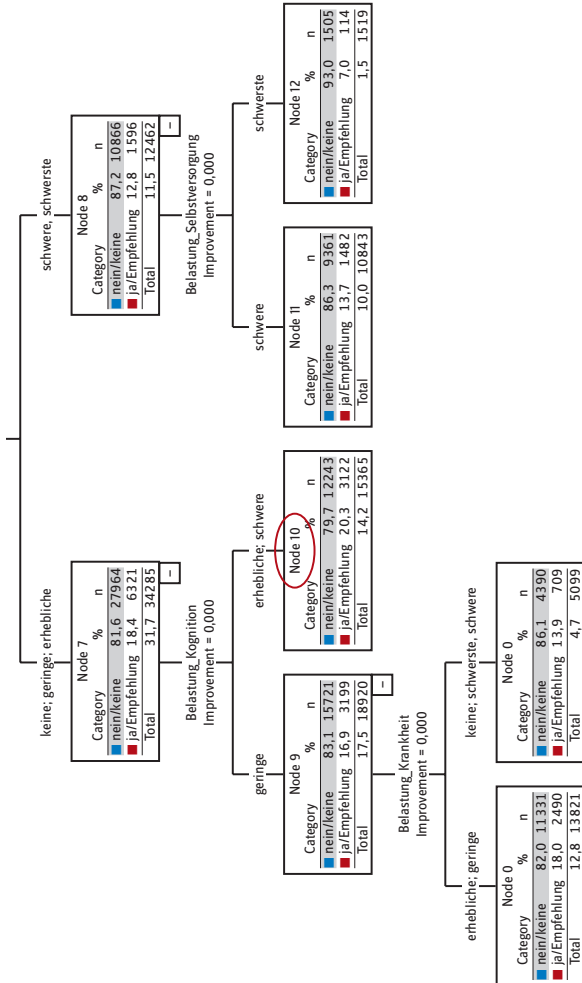
		schwere		schwerste	
		Node 11		Node 12	
Category	%	n	%	n	%
0,000	83,6	9060	91,5	1481	
1,000	16,4	1783	8,5	138	
Total	10,0	10843	100,0	1619	

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten



Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten



Die Analysen der beiden anderen Arten von Präventionsempfehlungen (Mobilität/Selbstversorgung und Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen) ergaben keine Untergruppen mit deutlich höheren Anteilswerten. Bei beiden wurden nur Erhöhungen von zwei Prozentpunkten erreicht und es spielte jeweils das Alter eine Rolle. Bei der Präventionsempfehlung Mobilität/Selbstversorgung war der Anteil bei den noch nicht stark in der Mobilität eingeschränkten über 70-jährigen leicht erhöht, bei der Präventionsempfehlung zur Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen waren es die unter 60-jährigen Alterskohorten, deren Anteil mit Präventionsempfehlung höher lag (wie bereits aus Abbildung 59, S. 117 ersichtlich).

Insgesamt betrachtet haben auch die Cart-Analysen keine Untergruppen der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen identifizieren können, welche mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Begutachtung eine Präventionsempfehlung erhalten als im Gesamtdurchschnitt.

Abschließend wurden noch die Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter zur Beratung zu Leistungen der verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V ausgewertet (Punkt 8.6 in der Begutachtung), welche generell nur in Frage kommen, wenn mindestens eine Präventionsempfehlung ausgesprochen wird.

Die Stichprobe umfasste 5.586 Fälle mit einer Empfehlung zur Beratung zur verhaltensbezogenen Primärprävention, d. h. jede dritte Person mit mindestens einer Präventionsempfehlung hat zusätzlich eine solche Empfehlung erhalten. Bei einem relativ hohen Anteil der antragstellenden Personen und ggf. ihren Angehörigen besteht demnach noch Beratungsbedarf bzw. ist eine Beratung zur Umsetzung der empfohlenen Präventionsmaßnahme aus Sicht der Gutachterin oder des Gutachters erforderlich.

Merkmale, die die Wahrscheinlichkeit einer Empfehlung zur Beratung tendenziell erhöhen, sind:

- geringe bis erhebliche Einschränkungen im Modul 1 (Mobilität)
- schwerste Beeinträchtigungen im Modul 3 (psychische Problemlagen)
- erhebliche bis schwere Beeinträchtigungen im Modul 4 (Selbstversorgung)

Dagegen erwiesen sich die folgenden Merkmale in Bezug auf die Empfehlung zur Beratung als eher hemmend:

- hohes Alter
- hoher Pflegegrad (gilt auch für Präventionsempfehlungen insgesamt)
- Einschränkungen in den Modulen 2 (Kognition), 5 (krankheitsbedingte Belastungen) und 6 (Alltagsleben und soziale Kontakte)

6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den MDK-Begutachtungsdaten

Rund 52 % der begutachteten Personen mit ambulanter Versorgung sind 80 Jahre und älter. Rund 60 % sind noch nicht schwer in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt (Pflegegrade 1 und 2), ein weiteres Viertel hat bereits erhebliche funktionale Einschränkungen (PG 3). Hinsichtlich der jeweils maßgeblich zugrundeliegenden Erkrankungen steht die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen an erster Stelle (22 %), gefolgt von geriatritypischen Symptomen (Mobilitätsstörungen, Senilität etc., 20 %), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (16 %) und des Kreislaufsystems (14 %). Die häufigsten Einzeldiagnosen, die zusammen ein Viertel aller Fälle ausmachen, sind Demenz und Störungen der Mobilität.

Weniger als jeder sechste Versicherte (15 %) mit Pflegebedarf und ambulanter Versorgung erhält im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit mindestens eine Präventionsempfehlung. Weder das Alter noch der Pflegegrad oder bestimmte Diagnosen und die Ausprägung der funktionalen Einschränkungen in den einzelnen Modulen haben dabei eine prognostische Aussagekraft, d. h. es konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

Folgende Faktoren begünstigen lediglich tendenziell die Wahrscheinlichkeit einer Präventionsempfehlung:

- Alter 70 Jahre und älter (Präventionsempfehlung Mobilität und Kognition)
- Alter 18 bis 69 (Präventionsempfehlung krankheitsbedingte Belastungen)
- Pflegegrade 1 bis 3 (Präventionsempfehlung Kognition PG 3)
- Geringe Einschränkungen bei der Kognition (Modul 2) (Präventionsempfehlung Mobilität und krankheitsbedingte Belastungen)
- Geringe bis erhebliche Einschränkungen bei der Kognition (Modul 2) (Präventionsempfehlung Kognition)
- Erhebliche Einschränkungen bei der Selbstversorgung (M 4) sowie bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (M 6)
- Allgemein: wenn Selbstversorgung und Alltag/soziale Kontakte erheblich eingeschränkt, aber gleichzeitig Mobilität und Kognition nur gering beeinträchtigt sind (bzw. für Präventionsempfehlung Kognition auch bereits erheblich)

6.6 Limitationen

Auf die Problematik der geringen Belastbarkeit der von den Gutachterinnen und Gutachtern codierten pflegebegründenden Diagnosen wurde bereits verwiesen. Hinzu

Ergebnisse
einer Analyse
von MDK-
Begutachtungsdaten

kommt, dass Pflegebedürftige häufig multimorbid sind, aber nur eine „pflegebegründende“ Diagnose erfasst werden kann.

Um genauere Aussagen über die jeweiligen im Gutachten konkret empfohlene Maßnahmen in den unterschiedlichen Präventionsbereichen 7.1.1 bis 7.1.3 treffen zu können, wären die Freitexte aus den Präventionsempfehlungen erforderlich gewesen. Diese lagen jedoch nicht vor.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass auch eine Reihe anderer, vom Gutachter bzw. von der Gutachterin auswählbarer Maßnahmen - wie Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitation und die Optimierung der häuslichen Umgebung - präventive Wirkungen haben und daher dann unter Umständen nicht zusätzlich noch eine Präventionsempfehlung als notwendig erachtet wird. Um ein detaillierteres Bild auch dieser Zusammenhänge zu erhalten, müssten deutlich mehr Merkmale je Fall in die Analyse einbezogen werden.

Anhand der Auswertung sind ausschließlich Aussagen im Sinne von Präventionspotenzialen im Setting Begutachtung möglich. Eine umfassende Beurteilung der Präventionspotenziale einer Person ist in diesem kurzen Zeitrahmen nicht möglich. Auch kann der Versicherte gleich vor Ort einer Präventionsempfehlung widersprechen. Es kann also nicht im Umkehrschluss davon ausgegangen werden, dass Personen ohne Präventionsempfehlung nach Ansicht der Gutachterinnen und Gutachter über keine Präventionspotenziale verfügen.

Last but not least ist zu bedenken, dass die Präventionsempfehlungen der MDK-Gutachterinnen und Gutachter auch insofern nicht mit Präventionspotenzialen gleichzusetzen sind, als dass sie von vornherein auch die Teilnahmefähigkeit der Versicherten an den Präventionsangeboten der Kranken- und Pflegekassen mit betrachten müssen. Das bedeutet vor allem, dass die Teilnahme an Gruppeninterventionen außerhalb der eigenen Häuslichkeit möglich sein muss. Wie die Gutachterinnen und Gutachter u. a. mit dieser Thematik umgehen, wird anhand der Ergebnisse der qualitativen Interviews im folgenden Kapitel deutlich.

7 Erkenntnisse zu Präventionspotenzialen aus qualitativen Interviews

Erkenntnisse zu Präventionspotenzialen aus qualitativen Interviews

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellungen wurde zusätzlich die Methode der qualitativen Forschung genutzt. Diese ermöglicht den benötigten explorativen Zugang zum Forschungsfeld, um individuelle Meinungen und Standpunkte von Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflegedienste sowie MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern hinsichtlich der Forschungsfragen aufzuzeigen.

Wesentliches Ziel qualitativer Sozialforschung ist es, „heraus[zu]finden, wie die Alltagshandelnden selbst ihre Wirklichkeit konstruieren, wie sie ihre Welt erleben, wie sie diese Welt deuten und welche alltagsweltlichen Methoden der Kommunikation sie anwenden“ (Rosenthal 2014, S. 39). Ziel dieser Analyse ist das Nachvollziehen und Verstehen des Anderen wie auch ein „methodisch kontrolliertes Fremdverstehen“ (Bohnsack 2010). Mithilfe von Rekonstruktionen sind Aussagen über das Subjekt wie auch über die Gesellschaft möglich (Bohnsack 2010). „Kompliziert wird die Sache dadurch, dass der Sinn einer Handlung keine individuelle, sondern eine soziale und oft eine kollektive Angelegenheit ist. Das heißt, dass in unserem Handeln mehr zum Ausdruck kommt als unsere persönliche Absicht oder auch unsere Persönlichkeit [...]“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S. 18). Unterschieden wird zwischen manifesten (erkennbaren und beschreibbaren) und latenten (verborgenen, sich durch Interpretation erschließbaren) Sinngehalten.

„Im Gegensatz zu anderen Formen des offenen Interviews bildet bei Experteninterviews nicht die Gesamtperson den Gegenstand der Analyse, d. h. die Person mit ihren Orientierungen und Einstellungen im Kontext des individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhangs. Der Kontext, um den es hier geht, ist ein organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang, der mit dem Lebenszusammenhang, der darin agierenden Personen gerade nicht identisch ist und in dem sie nur einen ‚Faktor‘ darstellen“ (Meuser/Nagel 2005, S. 72 f.). Die Personen haben demzufolge im Rahmen ihres beruflichen Kontexts und ihrer damit einhergehenden Rolle teilweise langjährige Erfahrungen in der Arbeit mit Personen mit Pflegebedarf im ambulanten Setting und entwickelten Vorstellungen, Ideen, Einstellungen, Gedanken, Gefühle und Empfindungen zur Thematik. Und genau diese gilt es im Interview herauszuhören und zu analysieren.

7.1 Datenerhebung und Stichprobenbildung

Im Rahmen eines differenzierten Samplings konnten die Ergebnisse genutzt werden, um die individuellen Standpunkte und Meinungen der Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege zu den im Leitfaden aufgeworfenen Fragen darzulegen und im Anschluss zu vergleichen. Nach Flick eignen sich solche Vergleichsstudien, wenn „eine Vielzahl von Fällen in Hinblick auf bestimmte Ausschnitte [...] vergleichend gegenübergestellt“ werden soll (Flick 2012, S. 179).

Erkenntnisse
zu Präventions-
potenzialen aus
qualitativen
Interviews

Die Datenerhebung, d. h. das Führen von Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern beider Gruppen, fand von Ende Mai bis Ende September 2018 statt. Als herausfordernd kann die Akquise von Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege bezeichnet werden, da diese nur nach mehrmaliger Änderung der Samplingstrategie gefunden werden konnten.

Ein Interview mit Vertreterinnen und Vertretern eines ambulanten Pflegedienstes konnte im Mai 2018 geführt werden. Hier erfolgte das Sampling per Gatekeeper. Dieses Interview wurde bei den Interviewpartnern und -partnerinnen im persönlichen Kontakt geführt. Weitere sechs Interviewpartnerinnen und -partner konnten durch das gezielte persönliche Ansprechen gewonnen werden. Diese sechs Interviews erfolgten alle telefonisch. Ein besonderer Einblick in das ambulante Setting gelang mit dem Interview einer Pflegedienstleitung einer Tagespflege, die zwar formal im teilstationären Bereich tätig ist, dort jedoch pflegebedürftige Personen betreut, die zu Hause ambulant versorgt werden. Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege bekleiden unterschiedliche Positionen im ambulanten Setting und sind beruflich in verschiedenen Bundesländern tätig.

Die Interviews mit den MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern erfolgten alle im August 2018. Es konnten fünf telefonische Interviews geführt werden. Alle MDK-Gutachterinnen und -Gutachter sind in unterschiedlichen Bundesländern tätig und haben verschiedene Positionen innerhalb des MDK inne.

In Tabelle 16 sind die Interviewgruppen und die jeweilige Anzahl der erfolgten Interviews verzeichnet.

	MDK	Ambulante Vertreter
Anzahl der geführten Interviews	5	7 (davon 1 Tagespflege)
Durchschnittliche Interviewdauer	45 min	60 min

Tab. 16: Übersicht über die Interviewgruppen, Anzahl und durchschnittliche Dauer der Interviews

Bezogen auf die Forschungsfrage sollte das Sampling möglichst vielfältige Meinungen und Sichtweisen von beruflich tätigen Personen im ambulanten Setting erfassen. Dies ist besonders bedeutsam, da bereits mit der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -Partner „Vorentscheidungen darüber getroffen [werden], in welche Richtung die Ergebnisse einer Untersuchung verallgemeinert werden können“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S. 177). Allgemein verlangt die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner Vorüberlegungen hinsichtlich der Stichprobenziehung. Für das Forschungsvorhaben war bedeutsam, Expertinnen und Experten zu finden, welche aufgrund ihrer

Tätigkeit über notwendiges Wissen zu den Fragestellungen verfügen und hierzu ihre Wahrnehmungen schildern können (Gläser/Laudel 2010, S. 172 f.; Bogner et al. 2014, S. 34 f.).

Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege sowie MDK-Gutachterinnen und -Gutachter haben in diesem Sinne Expertenstatus.

Um mit möglichen Interviewpartnerinnen und -partnern der ambulanten Pflege in Kontakt zu kommen, wurde zunächst eine zufällige Stichprobenauswahl aus einem Datensatz des IGES Instituts zu ambulanten Pflegediensten aus vier Bundesländern (Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen) getroffen. Es wurden 50 ambulante Pflegedienste identifiziert. Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege erhielten bei der ersten Kontaktaufnahme eine E-Mail, in der das Forschungsvorhaben vorgestellt wurde, mit einem Anschreiben sowie der Einwilligungserklärung. Auf Basis dieser Art des Samplings per Selbstaktivierung sollten fünf bis zehn Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner der ambulanten Pflege gewonnen werden. Die erste Mail mit der Einladung zum Interview wurde Mitte Juni 2018 an die ersten 50 Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege versendet. Zwei weitere Einladungen an je weitere 50 ambulante Pflegedienste erfolgten am Ende Juni und Anfang Juli. Alle blieben ohne Rücklauf.

Parallel dazu wurde das Sampling per Gatekeeper aufgenommen. Dazu wurde eine Person in leitender Funktion eines großen sozialen Trägers kontaktiert. Dieses Vorgehen ermöglicht die gezielte Auswahl der potenziellen Interviewpartnerinnen und -partner durch eine Person, die in direktem beruflichen Kontakt zu Vertreterinnen und Vertretern der ambulanten Pflege steht (Reinders 2005, S. 150). Auch hier erfolgte kein Rücklauf.

Da beide Samplingstrategien nicht erfolgreich waren, wurde die Suchstrategie erneut angepasst. Aus anderen Projekten bekannte Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflegedienste wurden gezielt persönlich kontaktiert und die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview erfragt. Erstaunlicherweise stieß dieses Vorgehen auf Antrieb auf eine sehr positive Resonanz, sodass die gewünschte Anzahl an Interviewpartnerinnen und -partnern schließlich gewonnen werden konnte.

Die Auswahl der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter erfolgte per Selbstaktivierung. Mittels eines Gatekeepers konnte das Forschungsvorhaben in den MDKs vorgestellt werden und so meldeten sich Anfang August 2018 fünf Interessierte.

7.2 Ethik und Datenschutz

Zur Sicherung des Datenschutzes und der Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Interview wurde im Vorfeld des Interviews ein Informationsblatt zum Forschungsvorhaben, eine Datenschutzerklärung sowie eine Einwilligungserklärung erstellt. Diese Dokumente erhielten die Interviewpartnerinnen und -partner bereits vor dem Interviewtermin, damit es ihnen möglich war, spezifische Fragen zur Umsetzung des Interviews zu stellen. Dieses Vorgehen sichert den ethischen Grundsatz der informierten Einwilligung der Interviewten, welcher voraussetzt, dass Ziele, Methodik und mögliche Folgen der Teilnahme transparent dargestellt werden (Gläser/Laudel 2010, S. 159; Miethe 2010, S. 929). In einer Einwilligungserklärung wurde der Umgang mit den erhobenen Daten erläutert. Weiterhin wurde versichert, dass mithilfe der Pseudonymisierung keine persönlichen Daten und Unternehmensdetails veröffentlicht werden und die vereinbarten Regeln zur Datensicherung und Datenvernichtung eingehalten werden (Müller et al. 2009, S. 18).

Während der Datenerhebungs- und Auswertungsphase hatte nur das Projektteam Zugriff auf die Audiodateien und Transkriptionen. Alle personenbezogenen Daten, Audiodateien und nicht pseudonymisierte Inhalte wurden in einem Ordner gespeichert, der nach Abschluss des Projekts vollständig gelöscht wird. Es wurde in Kauf genommen, dass durch die Pseudonymisierung evtl. wichtige Zusammenhänge zwischen Gesprächsinhalt und den Interviewten, insbesondere zu deren individuellen beruflichen Erfahrungen, verlorengehen (Miethe 2010, S. 931). Den Interviewteilnehmenden wurde vor Beginn des Gesprächs Zeit eingeräumt, um Fragen zum Ablauf des Interviews und der Datenauswertung zu stellen. Bevor das Interview begann, unterschrieben sowohl die Interviewten als auch die Interviewerin die Einwilligungserklärung in doppelter Ausführung. Ein Exemplar erhielt die Interviewpartnerin bzw. der Interviewpartner (Müller et al. 2009, S. 18 f.). Den Interviewten wurde eingeräumt, ihr Einverständnis zur Verwendung der Daten nach dem Interview zu widerrufen. So hatten sie die Möglichkeit, ihre Teilnahme an der empirischen Erhebung zu überdenken.

7.3 Inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring

Die geführten Interviews wurden im Anschluss mithilfe von MAXQDA transkribiert. Für die Ergebnisdarstellung und Interpretation der Experteninterviews steht vor allem der Inhalt des Gesprochenen im Vordergrund (Bogner et al. 2014, S. 41). Da für die Auswertung der Interviews die inhaltlichen Aspekte vordergründig waren, erfolgte die Transkription lediglich „so detailliert wie nötig“ (ebd., S. 42). Hierfür wurden die Transkriptionshinweise von Fuß und Karbach 2014 genutzt, die im Anhang A4 zu finden sind (Fuß/Karbach 2014, S. 62 f.).

Da zwei unterschiedliche Leitfäden für die Gruppen erarbeitet wurden, die sich aufgrund der unterschiedlichen Berührungspunkte mit pflegebedürftigen Menschen im ambulanten Setting ergeben, wurden diese auch getrennt ausgewertet.

Als Auswertungsmethode fand die strukturierende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring Anwendung. Da Personen aus unterschiedlichen Unternehmenskontexten interviewt wurden, bot sich die Auswertung nach Mayrings Ansatz der inhaltlichen Strukturierung anhand von definierten Themenbereichen an (Mayring 2015, S. 99). Dieser hat das Ziel „bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern“ (ebd., S. 103). Für die Auswertung wurde Mayrings Ablaufmodell für die strukturierende Inhaltsanalyse genutzt (ebd., S. 98). Dieses wurde im Rahmen der Auswertung modifiziert, um alle benötigten Aspekte aus den Interviews zu extrahieren. Dazu wurde in folgenden Schritten vorgegangen:

- 1) Bestimmung der zu analysierenden Einheiten der Interviews
- 2) Theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien (deduktiv) anhand der Interviewleitfäden (siehe auch Anhang A3)
- 3) Theoriegeleitete Bestimmung der Subkategorien (deduktiv) und Zusammenstellung des Kategoriensystems anhand des Interviewleitfadens und der Forschungsfragen
- 4) Formulierung von Definitionen und Codierregeln zu den einzelnen Kategorien
- 5) Erster Materialdurchlauf: Codierung der Fundstellen unter Zuordnung zu den einzelnen Kategorien
- 6) Erneute Überarbeitung des Kategoriensystems und Finalisierung (siehe auch Anhang A4)
- 7) Zweiter Materialdurchlauf: Codierung und Paraphrasierung der gefundenen Textstellen
- 8) Dritter Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
- 9) Vierter Materialdurchlauf: Streichung bedeutungsgleicher Aussagen, Verdichtung des Materials
- 10) Aufbereitung der zentralen Ergebnisse und deren Verschriftlichung

Die finalen Kategoriensysteme beider Gruppen (ambulante Vertreter sowie MDK) bilden die Themenfelder des Leitfadens als Hauptkategorien ab. In den Hauptkategorien wurden zur besseren Differenzierbarkeit der Ergebnisse Subkategorien gebildet, denen die passenden Textpassagen zugeordnet wurden. Das gesamte Datenmaterial wurde codiert und in die entsprechenden Kategorien sortiert. Auch wurden neue Kategorien erstellt, die sich aus den Aussagen der Personen ableiten ließen. Diese wurden anschließend in eine Excel-Tabelle überführt, um die Textstellen mit Paraphrasen zu versehen und weiterzubearbeiten.

7.4 Ergebnisse der Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Dienste systematisch entlang der in Abbildung 66 aufgelisteten Kategorien dargestellt, jeweils beginnend mit einer Übersicht zum thematischen Spektrum. Anschließend wird der Inhalt mit eigenen Worten zusammengefasst und mit Zitaten belegt.

Alle sieben Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulanten Pflege wurden entlang des gebildeten Kategoriensystems ausgewertet (siehe auch Anhang A4: Codierschema Vertreterinnen und Vertreter ambulante Pflege). Es konnten nach mehrfacher Anpassung im Zuge der Bearbeitung folgende sieben Hauptkategorien herausgearbeitet werden:



Abb. 66: Sieben Hauptkategorien der Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflegedienste

(I) Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention



Abb. 67: Übersicht zur Kategorie Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege

Das Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention ist sehr heterogen. Zum einen wird damit Ganzheitlichkeit, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Ressourcenorientierung, Wohlbefinden und Teilhabe assoziiert (vgl. T1, Pos. 22, 56, 34, 60), zum anderen die Verhinderung von Krankheiten und der Verschlechterung des Gesundheitszustands durch geeignete Maßnahmen (vgl. T10, Pos. 38; vgl. T6, Pos. 34). Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit (vgl. T8, Pos. 160, 53-54; vgl. T11, Pos. 20) sowie Mobilität (vgl. T10, Pos. 38; vgl. T11, Pos. 46) werden als Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention benannt. Ein Interviewpartner verbindet damit eine Kostenminimierung im Gesundheitssystem (vgl. T12, Pos. 44, 46), ein anderer Selbstverantwortlichkeit und entsprechendes Verhalten dazu (vgl. T6, Pos. 28-32). Gesundheitsförderung und Prävention beginnen mit der Geburt (vgl. T6, Pos. 124) und spielen selbst in der palliativen Lebensphase noch eine Rolle (vgl. T6, Pos. 62). Für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung ist eine aktivierende (vgl. T1, Pos. 160; vgl. T6, Pos. 42) und begleitende Arbeitsweise förderlich:

„Wir haben hier ein wunderbares Beispiel von unserem Ehepaar, da ist das wirklich so, man steht daneben. Es dauert aber eben lange. So und das ist jetzt wieder der Punkt, die Pflegekraft hat aber nur so und so viele Minuten zur Verfügung, der Mann braucht aber länger. Aber ich aktiviere ihn, indem ich ihn alleine machen lasse und nicht einfach sage: »So, jetzt hinsetzen, wir waschen jetzt den Rücken und wir putzen jetzt die Zähne.« und was weiß ich“ (T1, Pos. 162).

Die Förderung zur Selbstständigkeit findet demnach während der Pflgetätigkeiten statt und stellt keine abgegrenzte Maßnahme dar.

(2) Potenziale und Förderfaktoren



Abb. 68: Übersicht zur Kategorie Potenziale und Förderfaktoren bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege

Im Setting ambulante Pflege wird die grundlegende Bedeutung der Haltung und des Wissens der Mitarbeitenden/Pflegekräfte genannt, die einen positiven oder negativen Einfluss auf die Aktivierung der Präventionspotenziale der Pflegebedürftigen haben. Offen-

heit und Engagement für den Einsatz präventiver Maßnahmen beim Pflegepersonal wirken förderlich auf die zu Betreuenden (vgl. T1, Pos. 211-212, 56, vgl. T8, Pos. 158; vgl. T10, Pos. 108). Dazu gehört eine ressourcenorientierte Sichtweise sowie die Festlegung eines Ziels im Hinblick auf Prävention (vgl. T1, Pos. 34; vgl. T10, Pos. 124). Notwendig dafür sind regelmäßige Schulungen und die Teilnahme an Fortbildungen durch die Mitarbeitenden (vgl. T6, Pos. 78). Finden präventive Maßnahmen in der täglichen Berufspraxis Anwendung, so profitieren die Pflegenden davon, denn die Arbeit wird leichter:

„Und ich habe sogar eine körperlich weniger anstrengende Arbeit für die Mitarbeiter, als ich sie vorher hatte [ohne präventive Maßnahmen]. Fragen wir doch heute mal einen Pflegehelfer der durch die Gegend fährt und fünf Leute hintereinander bei den Temperaturen, die wir zurzeit gerade haben, duschen muss. Das ist körperlich so massiv schwere Arbeit“ (T1, Pos. 182).

Durch die Integration von Prävention in den Pflegealltag werden die Mitarbeitenden entlastet, wenn Pflegebedürftige wieder selbstständiger werden. Unterstützt die Leitung des ambulanten Pflegedienstes diese Sichtweise, kann sie im Pflegedienst gelebt und nach außen getragen werden (vgl. T8, Pos. 158; vgl. T6, Pos. 130):

„Fragen sie meine Patienten, ne, das soll man so als Einheit sehen. Jedem Betroffenen ein Stück mehr gutes Selbstwertgefühl zu geben, ihm ein positives Gefühl zu geben im allgemeinen Sinne, ihm ein Lächeln zu schenken, das ist oftmals ja, genauso viel wert wie fünf Tabletten am Tag“ (T1, Pos. 22).

Dieses Zitat hebt auch die Bedeutung von zwischenmenschlicher Wärme im Pflegealltag hervor. Persönliche Zuwendung und Behandlungspflege sollten demzufolge miteinander einhergehen. Werden den Pflegebedürftigen die eigenen Ressourcen und Möglichkeiten bewusst, wird die intrinsische Motivation gefördert (vgl. T1, Pos. 36). Die Aussicht auf die Wiedererlangung von Fähigkeiten, die nicht mehr ausgeübt werden können, aber Lebensfreude für den Einzelnen bedeuten (wie z. B. Gartenarbeit), spornt an. Dies setzt voraus, dass mit dem Pflegebedürftigen kommuniziert wird und die individuellen Bedürfnisse und Ziele ergründet werden, um Maßnahmen daran auszurichten (vgl. T8, Pos. 35-36). In einem Pflegedienst wird eine therapeutisch ausgebildete Mitarbeiterin beschäftigt (vgl. T1, Pos. 14). Diese hat für ihre Tätigkeit außerhalb der täglichen pflegerischen Versorgung ein größeres Zeitkontingent zur Verfügung, was die Offenheit für das Thema Prävention bei den von ihr betreuten Klienten fördert (vgl. T1, Pos. 169). Dies führt zu einer entspannteren Herangehensweise und der fehlende Zeitdruck ermöglicht die Fokussierung auf Ziele, die nur mit einer intensiven Förderung von Kompetenzen und Fähigkeiten erreichbar sind (vgl. T1, Pos. 194). Dies verdeutlicht das folgende Zitat:

„Ja und überhaupt auch zu spüren, okay, wenn mich jemand in einem geschützten Raum in einer positiven Atmosphäre fördert und fordert, dann tut das meinem Körper gut. Die war hinterher so zufrieden, dass sie sagte: »Mir war nicht bewusst, wie sehr ich mich aufgegeben hatte. Vielen Dank für das Zurückholen« (T1, Pos. 96).

Diese therapeutische Leistung ist hier in das reguläre Leistungsangebot des ambulanten Dienstes integriert und stellt ein Alleinstellungsmerkmal des Pflegedienstes dar.

Beratung ist ein Bereich, in dem Prävention in der ambulanten Pflege Platz findet (vgl. T10, Pos. 106; vgl. T12, Pos. 108), sich häufig jedoch aus Gründen der mangelnden Vergütung auf den Erstbesuch beschränkt. Ein weiteres Angebot ist die regelmäßige Organisation eines gemeinsamen Kaffeetrinkens in den Räumlichkeiten der Kirchengemeinde vor Ort, für das auch ein Fahrdienst im Einsatz ist (vgl. T12, Pos. 116). Das soziale Miteinander wird durch das Zusammensein und den Austausch untereinander gefördert. Ein anderer Interviewpartner ergänzt diesen Gedanken um die Entstehung eines „Wir-Gefühl[s]“ (T10, Pos. 66). Es sollte Wohnquartiere geben, die durch verschiedene Aktionen in der Nachbarschaft oder im nahen Umfeld dazu anregen, die Häuslichkeit zu verlassen. Beispielhaft werden dafür Straßenfeste genannt, die jedoch längst nicht das ganze Spektrum der sozialen Teilhabemöglichkeiten abbilden (vgl. T10, Pos. 66). Die positiven Effekte skizziert das folgende Zitat:

„Da kann ich sagen, schau an, sie hat Gesellschaft den ganzen Tag um sich, sie hat Angebote um sich. Und zwar Angebote, die jetzt nicht im Sinne von einer teuren - weiß ich nicht, Fußpflege, Friseur oder sonst irgendwas -, sondern einfach im Miteinander im Gespräch sich befindet. Und auf einmal bleiben diese ganzen körperlichen Symptome weg“ (T1, Pos. 192).

Allein durch das Zusammensein mit anderen Personen rücken die eigenen Beschwerden in den Hintergrund. Der Fokus liegt auf dem Austausch miteinander sowie gemeinsamen Erlebnissen.

Weitere Leistungen im Setting ambulante Pflege sind Betreuungsleistungen (vgl. T8, Pos. 137-139). Sie ermöglichen eine Begleitung bei der Bewältigung des Alltags und der Pflege von Ritualen, die der Pflegebedürftige als wichtig empfindet, wie das „Begleiten zu einem Gottesdienst [...] oder um gemeinsam einen Einkauf zu erledigen“ (T8, Pos. 55). Diese zusätzlichen Leistungen haben großes Potenzial für die Pflegebedürftigen, da sie zum einen regelmäßige soziale Kontakte ermöglichen, zum anderen durch die Begleitung von Maßnahmen deren Inanspruchnahme sichern. Hiervon lässt sich die Bedeutsamkeit des ambulanten Settings hinsichtlich Prävention ableiten (vgl. T6, Pos. 52). Pflegebedürftige können unter Umständen keine zusätzlichen Leistungen finanzieren, dafür ist der Entlastungsbetrag vorgesehen (vgl. T6, Pos. 138). Dieser sollte jedoch

höher sein, um mehr Präventionsmöglichkeiten anbieten zu können (vgl. T6, pos. 144). Zu den Potenzialen im ambulanten Setting ist auch das Vorhandensein von Angehörigen zu zählen (weitere Ausführungen dazu finden sich bei den umweltbezogenen Potenzialen). Diese erfahren Entlastung, wenn ambulante Pflegedienste einen Teil der Versorgung übernehmen (vgl. T8, Pos. 69, 56). Durch eine intensive Kommunikation mit anderen Akteuren der Versorgung werden weitere Potenziale des ambulanten Bereichs deutlich:

„Also ich denke eine gute Zusammenarbeit, ja, zwischen Angehörigen, Kunden und uns, (überlegt) der Wille des Patienten oder des Kunden auch in der Hinsicht, ja mehr Lebensqualität dadurch auch zu bekommen, die Einstellung der Ärzte natürlich auch und der Therapeuten, ne, dass die auch ... dass [...] alle an einem Strang zieh[en] und alle gemeinsam ein Ziel [haben]. Ja, also so das würde ich als hauptsächlich so sehen“ (T10, Pos. 146).

Sowohl die Berücksichtigung der Bedürfnisse des Pflegebedürftigen als auch die daran orientierte gemeinsame Zielverfolgung aller im Prozess Beteiligten kann das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen fördern. Der Austausch mit anderen Settings wie z. B. der Tagespflege (vgl. T9, Pos. 68), mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten (vgl. T11, Pos. 124) oder SAPV-Teams (vgl. T12, Pos. 104) wird als essenziell für die Arbeit angesehen. So kann der praktische Alltag erleichtert und ein umfassendes Bild der Pflegebedürftigen geschaffen werden.

Das Setting Tagespflege bietet mehr Potenzial als das ambulante Setting, denn es kann umfassender Einblick in das Verhalten und Befinden der Pflegebedürftigen tagsüber genommen werden (vgl. T8, Pos. 142). Der Fokus liegt auf der Betreuung und Beschäftigung der Pflegebedürftigen:

„Wir pflegen ja nicht. Aber was wir sehen, wie ist die Sozialkompetenz, wie kommen die Leute hier zu uns, kommen sie sehr verschüchtert herein, kommen sie sehr in sich gekehrt rein, weil sie halt die ganze Zeit vorher alleine zu Hause waren, und kommen jetzt wieder in Gesellschaft. Das heißt, am Anfang kommen sie und sind vielleicht wirklich sehr zurückhaltend, haben Angst vor dem, was auf sie zukommt. Und in dem Moment, wo sie vielleicht eine Woche da waren, merken sie, dass sie hier sehr willkommen sind. Unser Haus ist wie ein Einfamilienhaus, auch so gestaltet, wir haben keinen Institutionscharakter. Und unser Bestreben ist, dass sie sich hier wie zu Hause fühlen. Also als zweites Zuhause“ (T9, Pos. 30).

Die herzliche Aufnahme in das soziale Gefüge führt dazu, dass sich die Ängste der Gäste reduzieren und Vorbehalten begegnet werden kann. Verstärkt wird dies durch eine offene einladende Gestaltung der Einrichtung, in der man sich wohlfühlen kann.

Hier treffen sich alte Bekannte wieder und neue Bekanntschaften werden geschlossen, zusammen werden Erlebnisse geteilt:

„Da kommen die mal wieder richtig raus. Wenn einer hier in (ORT) wohnt, aber der Bus muss noch, keine Ahnung, in den nächsten Ortsteil fahren, dann fahren die natürlich mit, denn sie sind ja drin, und die finden das toll und erzählen das dann daheim“ (T9, Pos. 64).

Abgerundet wird der Tag in der Tagespflege mit einem Fahrdienst, der bei Bedarf die Gäste abholt und nach Hause bringt. Das gemeinsame Erkunden alter und neuer Wege während der Fahrt, das Wiedererkennen von Orten weckt Erinnerungen und fördert nicht nur die soziale Teilhabe, sondern mitunter auch das kognitive Denken. Das regt die Erinnerung an längst Vergessenes an und die Orientierung in Orten, die eine Rückschau auf Erlebtes zulassen. Der Mix aus Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Erkrankungen sorgt dafür, dass

„[...] die Leute [sich gegenseitig] befruchten [...]. Also die Demenz, man kann es ja nicht zurückführen, aber man kann noch Sachen herauslocken, [...] also wenn demenziell Eingeschränkte nur mit demenziell Eingeschränkten umgehen, dann ist das Einzige, was sie sehen: »Hej, in einem halben Jahr stehe ich genauso da.« Leute, die noch ein bisschen mitdenken, sehen dann wirklich die Demenz im Endstadium und sehen: »Hej, da komme ich irgendwann hin.« Das möchten wir nicht. Wir möchten, dass sie sehen, was man noch tun kann. Und deshalb haben wir uns nicht auf ein Krankheitsbild hier spezifiziert“ (T9, Pos. 34).

Diese Herangehensweise ermöglicht den Pflegebedürftigen den Blick auf die eigenen Ressourcen, nicht auf den eigenen Verfall. Auch scheint eine Heterogenität der Gruppe von besonderem Vorteil, weil dort unterschiedliche Anforderungen an die Gäste gestellt werden. Daraus kann abgeleitet werden, dass das Zusammentreffen der Pflegebedürftigen in dieser Konstellation so natürlich wie möglich stattfindet. Es werden keine Personengruppen gleicher Merkmale von anderen separiert, sondern alle bewusst unter der Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit zusammengestellt (vgl. T9, Pos. 34).

Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass die Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen – wie Physiotherapie – gewährleistet (vgl. T9, Pos. 469) oder ein regelmäßiges Mobilitätstraining angeboten wird (vgl. T11, Pos. 28). Dadurch werden die funktionellen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen gestärkt, was sich wiederum positiv auf die Gestaltung des Alltags in der Häuslichkeit auswirkt.

Die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Settings (wie Hausärztinnen und -Ärzten oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten) nimmt großen Stellenwert ein, ins-

besondere die Verbindung zu anderen Tagespflegen in der Region und der Kooperation mit der Gemeinde. In diesem Fall wurden folgende Unterstützungsleistungen ermöglicht: z. B. Busverleih bei eigenem defektem Bus, kostenfreie Anzeige in der Zeitung zum Tagespflegeangebot, eine günstige Miete sowie der Umbau von Räumlichkeiten nach Wunsch (vgl. T9, Pos. 94).

Umweltbezogene Potenziale beziehen sich auf strukturelle und gesundheitssystembezogene Umgebungsfaktoren sowie personelle Faktoren Dritter (Angehörige und weitere, in die Versorgung involvierte Personen). Eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Präventionspotenziale nehmen die Angehörigen ein. Sie werden als „Bestandteil dieses Systems“ (T6, Pos. 48) bezeichnet. Als notwendig wird die Information, Schulung und Beratung von Angehörigen angesehen, da die Ausgestaltung von Maßnahmen darauf aufbaut (vgl. T1, Pos. 42). Sind Angehörige besser über Prävention aufgeklärt, so sind mehr Potenziale vorhanden (vgl. T10, Pos. 62; vgl. T8, Pos. 65). Dies gelingt, indem die Sicht auf die Förderung von Ressourcen gelenkt wird, statt auf Hilfestellung durch Übernahme von Verrichtungen (vgl. T11, Pos. 58; vgl. T9, Pos. 70; vgl. T1, Pos. 46). Gelingt dieser Perspektivwechsel, so wären Angehörige als Multiplikatoren für präventive Maßnahmen möglich (vgl. T11, Pos. 58). Durch die Unterstützung der Pflegebedürftigen zur Durchführung präventiver Maßnahmen kann Wohlbefinden und Zufriedenheit aufgrund einer selbstständigeren Lebensweise erreicht werden, was auch zur Entlastung der Angehörigen beiträgt (vgl. T8, Pos. 70; T11, Pos. 60):

„[...] da ist dann auch eine besondere Dynamik, die sich da so aufgebaut hat. Die muss man dann entschärfen [...], damit wieder Platz ist für fördernde und positive Stimmung in der Familie“ (T1, Pos. 64).

„Die machen sich keine Vorstellungen, wenn sie mal Blut geleckert haben, dass die einen freien Tag haben, sagen: »Oh, ich brauche noch einen freien Tag. Habt ihr noch Platz? Wir brauchen noch einen Tag, wir möchten dies und jenes noch machen.« Am Anfang das schlechte Gewissen, das immer da ist. Man schiebt jemanden ab. Und dann ist der freie Tag da, und den Leuten geht es gut hier. Sie wissen, dass sie, sie merken, dass es ihnen gut geht. Und dann wollen sie einfach mehr Freiraum haben, und das ist ja genau das, was wir auch möchten“ (T9, Pos. 48).

Sobald die Angehörigen merken, dass die pflegebedürftige Person in guten Händen ist, fühlen sie sich entlastet. Sie haben dadurch wieder mehr Zeit für sich selbst und erfahren auch mentale Entlastung. Und genau diese Entlastung berührt die Pflegebedürftigen-Angehörigen-Beziehung und ist auch so gewünscht. Die Beziehung entspannt sich und kann wieder ganz anders gelebt werden.

Wenn Angehörige ihre Belastung durch die Pflegesituation spüren und selbst Unterstützung einfordern, ist viel Potenzial vorhanden. Dies liegt daran, dass die pflegerische Versorgungssituation und die Beziehung zur pflegebedürftigen Person Entlastung erfahren:

„[...] das ist eine Familie, wo beide Elternteile pflegebedürftig sind. Die Mutter schwerste Demenz, der Vater ein Hodgkin und erblindet, Chemotherapie. Beide Mitte 80. Die Tochter wohnt mit im Haus und die Enkeltochter auch. Die Tochter selber Krankenschwester, die dann sagt: »Ich brauche jetzt Hilfe, sonst werde ich krank.« Und dann auch wirklich zu sagen: »O.k., wo kann ich mir Unterstützung holen, damit ich selber stark bleibe in dieser Situation, dass ich selber Entlastung erfahre, damit ich auch meinen Alltag geregelt bekomme.« [...] oder dann auch sagt: »O.k., was können wir tun, dass der Papa weiterhin selbstständig bleibt, ohne dass ich dabei auf der Strecke bleibe?«“ (T8, Pos. 70).

Lehnen Angehörige Unterstützung durch ambulante Dienste ab, sind Angebote nötig, um die familiäre Pflege besser zu unterstützen (vgl. T8, Pos. 70). Pflegenden Angehörigen verbringen zumeist mehr Zeit mit den Pflegebedürftigen und haben daher umfassendere Einblicke in das Befinden und Verhalten tagsüber, während ambulante Pflegedienste nur wenige Momente für die Beobachtung haben, da sie nur für die Verrichtung von gebuchten Leistungen kommen (vgl. T12, Pos. 76, 108).

Zu den umweltbezogenen Potenzialen zählt auch die Anregung einer Wohnraumanpassung oder die Bereitstellung von Hilfsmitteln (vgl. T10, Pos. 40).

Zu den personenbezogenen Potenzialen gehören alle Merkmale der pflegebedürftigen Person, die positive Ansätze für Prävention bilden. Erfolgserlebnisse bei der Bewältigung von Anforderungen sind notwendig, um festzustellen, dass eigene Ressourcen vorhanden sind (vgl. T11, Pos. 140; vgl. T1, Pos. 96-99) und die intrinsische Motivation angeregt wird:

„Also wenn der Betroffene selber dann versteht: »O.k. ich hab jetzt zwar nicht so wirklich Lust auf diese Sturzpräventionsübung« oder so aber wenn es bedeutet, dass er dann ein Vierteljahr später wieder alleine im Garten arbeiten kann das was er vorher jahrelang nicht konnte, dann kriegt das eine ganz andere Qualität und eine ganz andere Dynamik“ (T1, Pos. 32).

„Wenn jemand feststellt, dass er auf einmal was weiß ich, irgendwie drei Stufen in den Garten alleine bewerkstelligen kann“ (T11, Pos. 140).

Der Erfolg spornt an und eröffnet die Möglichkeit einer selbstständigeren Lebensweise. Voraussetzung dafür ist Verständnis der Notwendigkeit von Prävention und die Sensibili-

tät dafür (vgl. T10, Pos. 62). Um die Motivation aufrechtzuhalten, ist eine kontinuierliche Begleitung von Vorteil (vgl. T8, Pos. 86-88). In der Tagespflege scheint ausschließlich das Setting Anregung genug zu sein, um innere Motivation zu fördern:

„[...] dass die Leute sehen, was andere noch können. Und dann aus ihrer Lethargie herauskommen und sagen: »Das kann ich auch noch. Das möchte ich auch noch. Und das mache ich jetzt auch noch.« Und sie fordern sich auch selbst gegenseitig heraus. Die sagen: »Ja, kannst du das nicht? Also, das musst du doch selber können. Da brauchst du doch niemanden dafür.« Und das nehmen die sich dann auch zu Herzen und sie machen das dann auch“ (T9, Pos.30).

Der Wille, den anderen zu zeigen, welche Fähigkeiten noch selbstständig ausgeführt werden können, fördert den Ehrgeiz und ist Basis für die Offenheit gegenüber Prävention (vgl. T11, Pos. 82,84). Die Entscheidung, welche Fähigkeiten verbessert oder erhalten werden sollen, trifft die pflegebedürftige Person selbst. Partizipation und die Aussicht auf Verwirklichung eigener Ziele regt zu außergewöhnlichen Leistungen an:

[...], dass er da eineinhalb Jahre bis zu seinem Versterben fit war. Geistig regeneriert, er hat sich körperlich generiert. Er hat eine Struktur geschaffen bekommen, in der er nicht mehr selbstständig war, aber in der er mit selbst entscheiden konnte und wieder so fast ganz der Alte war. Aber es war auch dem geschuldet, dass er wollte“ (T8, Pos. 94).

Es erfolgte eine kontinuierliche Begleitung, die Schaffung von Strukturen durch Unterstützerinnen und Unterstützer, die die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe einbezogen und damit ein selbstständiges Leben innerhalb dieses Rahmens ermöglichten. Das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des Individuums werden so gestärkt (vgl. T1, Pos. 44). Dessen Blick ist nicht auf sich selbst und die verlorenen Fähigkeiten gerichtet, sondern auf die wiedergewonnenen oder erhaltenen Fähigkeiten. So gelingt ein offener Blick für das Umfeld:

„[...] dass der 95-jährige Herr, der vorher nur im Rollstuhl saß und nichts konnte, jetzt wieder alleine greifen kann, er kann alleine sich die Zähne putzen, er kann alleine sich ein Glas Wasser eingießen und er kann wieder im Garten arbeiten. [...] Er nennt seine Frau wieder Süße“ (T1, Pos. 178).

In einem Fall reicht die Anwesenheit und Vertrautheit mit Personen außerhalb des Familienbundes, um Entlastung und damit Offenheit für andere Dinge zu schaffen:

„Und da gibt es kein Schema. Beispiel: Eine alte Dame kann ihrer Familie einfach nicht erzählen, dass ihr Mann damals keines natürlichen Todes gestorben ist, son-

dern Suizid begangen hat. Das belastet Jahre und Jahrzehnte so schwer, dass es auch körperliche Symptome gibt. Und wenn ich ihr das nehmen kann und einfach ihr so ein Stück Entlastung verschaffe und auch den Angehörigen damit. Dann ist das für die Frau der Gewinn einer neuen Stufe“ (T1, Pos. 60).

Die psychische Entlastung führt zu einer körperlichen Entlastung. Wie dieses Beispiel anschaulich zeigt, kann sich der Kontakt zu Menschen außerhalb des eigenen sozialen Umfelds sehr förderlich auswirken. Werden Wünsche und Bedürfnisse erkannt und berücksichtigt, lassen sich größere Präventionspotenziale erschließen.

(3) Herausforderungen und Barrieren



Abb. 69: Übersicht zur Kategorie Herausforderungen und Barrieren bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege

Im Setting ambulante Pflege wird die zeitlich begrenzte Kapazität ambulanter Pflegedienste als Barriere empfunden (vgl. T1, Pos. 54, 125), was u. a. durch die noch immer bestehende Minutenkalkulation von Leistungen zustande kommt (vgl. T12, Pos. 156; vgl. T1, Pos. 128). Einblicke in den Alltag von Pflegebedürftigen gestalten sich schwierig, da die Besuche in der Regel zu festgelegten Zeiten erfolgen und sich nur auf wenige Augenblicke beschränken, in denen pflegerische Verrichtungen im Vordergrund stehen (vgl. T8, Pos. 144). Die Ergreifung präventiver Maßnahmen im Sinne von Primärprävention erscheint deshalb unmöglich. Lediglich Prävention im Sinne von Reaktion auf Einschränkungen kann stattfinden (vgl. T6, Pos. 116).

Eine weitere Herausforderung stellt das Personal dar. So gelangt im Zuge des Fachkräftemangels auch Pflegepersonal nach der Ausbildung auf den Pflegemarkt, das nur unzureichend geeignet erscheint, sogar als inkompetent bezeichnet wird (vgl. T11, Pos. 150, 152), was die Suche nach qualifiziertem Personal verkompliziert (vgl. T6, Pos. 80). Fehlendes Engagement von Mitarbeitenden (vgl. T10, Pos. 98) und die noch immer stark fokussierte Verrichtungsbezogenheit (vgl. T11, Pos. 138) wirken sich nicht begünstigend auf Prävention aus. Kompetenz des Pflegepersonals ist jedoch erforderlich, um die fachliche Perspektive hinsichtlich der Bedeutung von Prävention an die Pflegebedürftigen und Angehörigen heranzutragen (vgl. T1, Pos. 56). Zu wenig Beachtung im ambulanten Setting finden derzeit Betreuungskräfte, die einen ganz anderen Aspekt der häuslichen Betreuung abdecken können, nämlich die Begleitung im Alltag:

„[...] dass eben nicht nur Pflegefachkräfte wirklich wichtig sind, sondern eben auch Betreuungsfachkräfte. [...] Dass das alles ein Komplex ist und ein Zahnrad ist. Und der, der sauber satt trocken ist, weil die Pflegefachkraft super Arbeit geleistet hat in einer perfekten Zeit, trotzdem noch nicht glücklich ist“ (T1, Pos. 198).

Wohlbefinden und Lebensqualität hängen nicht nur davon ab, ob alle pflegerischen Verrichtungen geleistet worden sind. Es gibt, wie bereits im Kapitel 3.3 (ab S. 36) herausgearbeitet werden konnte, andere Faktoren, wie soziale Teilhabe, die die Lebensqualität im Alter beeinflussen.

Fehlende Ressourcen im ambulanten Bereich (vgl. T6, Pos. 116) führen dazu, dass es für die Interviewten schwer vorstellbar ist, regelhaft Präventionsleistungen anzubieten (vgl. T10, Pos. 106). So sind sie beispielsweise aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen häufig gezwungen, einen Spagat zwischen der Übernahme von Leistungen oder der Anleitung zur selbstständigen Durchführung zu machen (vgl. T11, Pos. 52). Der zeitliche Druck und der Wille, aktivierend zu arbeiten, führen zu einer Zwickmühle, die in Demotivation münden kann (vgl. T6, Pos. 44). Dieses Ungleichgewicht und das Gefühl, dass unnötige Arbeiten im Vordergrund stehen, wirken hemmend und handlungshindernd (vgl. T12, Pos. 166). Außerhalb der Beratungsleistung durch den ambulanten

Pflegedienst (im Rahmen des Erstbesuchs oder bei Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI), findet Prävention kaum statt (vgl. T10, Pos. 106; vgl. T12, Pos. 108). Dies wird durch die Erwartungshaltung der Pflegebedürftigen und Angehörigen beim Erstbesuch unterstrichen, denn in der Regel wird mit einer schnellen und spürbar entlastenden Hilfeleistung gerechnet (vgl. T11, Pos. 58).

Werden Präventionsmaßnahmen integriert, können finanzielle Bedingungen die Durchführung gefährden. Hinsichtlich der Finanzierung von Leistungen stehen die Pflegedienste mitunter auch vor einem verwaltungstechnischen Aufwand, der die knappen Ressourcen bindet (vgl. T6, Pos. 106). Ein Beispiel für die finanziellen Barrieren ist das Anlegen eines Cystofix-Verbandes (Wundverband zur Abdeckung eines Blasenkatheters, der durch die Bauchdecke führt) zur Verhinderung von Infektionen der Eintrittsstelle und Eindringen von Keimen in die Blase sowie zur Verhinderung von Zug sowie Druck auf den Schlauch. Dieser Verband wird durch behandelnde Ärzte als notwendig angesehen und auch verordnet, aber „die Kasse [übernimmt diese Leistung] nicht, so einen Schutzverband, also das sind halt Leistungen, die irgendwie privat bezahlt werden müssen“ (T12, Pos. 86).

Eine weitere Problematik entsteht, wenn durch Prävention eine Verbesserung des Zustands von Pflegebedürftigen erreicht wird und damit Leistungskürzungen des ambulanten Pflegedienstes einhergehen (vgl. T6, Pos. 110). Nach Ansicht der Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflege werden so falsche Anreize gesetzt, die wiederum präventionshindernd wirken. Vielmehr sollte gezielte Prävention auch als ein Leistungsanspruch in der ambulanten Pflege verankert sein und sich damit in der Finanzierung abbilden (vgl. T8, Pos. 150).

Die Ablehnung therapeutischer Maßnahmen bei Menschen im hohen Alter trägt ebenso dazu bei, dass Prävention nur unzureichend im ambulanten Setting gelebt werden kann (vgl. T10, Pos. 50). Ein Versuch zur Integration von Ernährungsberatung für Pflegebedürftige als präventive Maßnahme scheiterte bei einem Pflegedienst, „weil [...] das Potenzial einfach nicht da ist oder das Interesse auch“ (T11, Pos. 52). Werden therapeutische Maßnahmen bewilligt und eine Rehabilitationsmaßnahme fand statt, kann diese auch folgende Ergebnisse zeigen:

„Dazwischen lag aber eben eine Reha-Maßnahme, die sie psychisch völlig runtergeholt hat völlig. Drei Wochen Reha, ja sie sollte eigentlich das Gegenteil bewirken. Gar nicht, die war so fertig. [...] Und es ist nicht der erste Fall den wir so erleben, nicht der erste. Aber haben wir auch oft genug schon erlebt, [...], die Leute kommen wieder aus der Reha, dann liegen sie und liegen sie und kommen nicht wieder hoch“ (vgl. T1, Pos. 101-109).

Es ist möglich, dass ein Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung sich nicht förderlich auf den Gemütszustand auswirkt. Dies könnte z. B. auf fehlende soziale Eingebundenheit und den mit dem Ortswechsel verbundenen Stress zurückzuführen sein. Pflegebedürftige kommen anschließend nach Hause zurück und es ist Aufgabe des Pflegedienstes, sie aufzubauen, um die Selbstständigkeit im ambulanten Setting wiederherzustellen. In solchen Fällen sollten die Möglichkeiten der mobilen geriatrischen Rehabilitation stärker zur Anwendung kommen.

Im Setting Tagespflege fällt es zunehmend schwerer, Leistungen abzudecken, da die personelle Situation dies nicht erlaubt (vgl. T9, Pos. 26, 110) oder das Personal aufgrund der körperlich schweren Arbeit eingeschränkt ist (vgl. T9, Pos. 110). Eine andere Herausforderung im Setting Tagespflege sind fehlende Einblicke in die körperliche Versorgung der Gäste, da diese in der Regel im ambulanten Setting stattfindet:

„[...] aber gepflegt kommen die Leute ja. Das heißt, wir wissen im Prinzip gar nicht, haben die jetzt körperliche Defizite, wie jetzt einen Dekubitus oder so, das ist eigentlich gar nicht in unserem Wissen, weil wir die Leute ja nicht ausziehen“ (T9, Pos. 30).

Der Fokus liegt demzufolge weniger auf der pflegerischen Versorgung. Weitere Einschränkungen im Setting beziehen sich auf fehlende Räumlichkeiten, z. B. für therapeutische Angebote (vgl. T9, Pos. 56). Diese werden zudem bei Personen in einem gewissen Alter durch Hausärzte als nicht mehr nötig angesehen und auch nicht verordnet:

„Herausforderungen sind sicherlich [...], wenn wir den Menschen hier den ganzen Tag haben, und wir sehen: »Hej, der könnte wirklich eine Physiotherapie gebrauchen, der könnte irgendwas brauchen«, kommen wir da an unsere Grenzen, dass die Ärzte einfach budgetiert sind und sagen, sie können das nicht machen, die Leute sind ihnen zu alt. Das muss man ganz klar sagen, das wird ab einem gewissen Alter wirklich sehr, sehr zögerlich verschrieben“ (T9, Pos. 82).

Aus finanzieller Sicht lohnt sich die Tagespflege erst ab einem Pflegegrad 2, da der finanzielle Rahmen für den Pflegegrad 1 nicht als ausreichend bewertet wird, um einen regelmäßigen Besuch anbieten zu können (vgl. T9, Pos. 34). Hinderlich für den Besuch einer Tagespflege und Profitierung vom Angebot sind schwere Demenzgrade (vgl. T9, Pos. 48), psychiatrische Krankheitsbilder und Suizidalität (vgl. T9, Pos. 34).

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen wirken als Barriere für den Zugang zu Prävention, wie folgendes Beispiel anschaulich zeigt:

„Oder, ja, ich kann Ihnen ein Beispiel sagen, [...], wo ich an meine Grenzen stoße, ist, ich habe einen Klienten, ich hätte einen Klienten gehabt, Pflegegrad 5, der in der

ambulanten Pflege Klient ist und der eigentlich in die Tagespflege kommen möchte, aber wir haben von unserem Fahrdienst nicht die Möglichkeit, Rollstühle mit [zu transportieren] [...]. Ich habe kein Fahrzeug mit Rampe. [...]. Jetzt kann der das nicht. [...] also wenn er dann im Rollstuhl hier wäre, können wir ihn durchaus versorgen. [...] Jetzt hat die Ehefrau ein Mammakarzinom diagnostiziert bekommen, sie braucht einmal in der Woche Chemo. Also wird es darum gehen, dass jemand mit Pflegegrad 5 einmal in der Woche zu uns in die Tagespflege kommt. Das ist Luftlinie [...] zwei Kilometer von uns entfernt. Wir können ihn nicht transportieren, die Ehefrau kann es auch nicht. Die Malteser könnten es. Aber die haben ja einen Vertrag über Fahrtkosten, der da heißt, 1,70 Euro pro Kilometer. [...] Jetzt telefoniere ich mit der Kasse, [...] und sage: »Wie kann denn das sein, kann ich über die Verhinderungsregel, können wir die Malteser über irgendwas abrechnen?« Dann sagt sie: »Nein.« Ihnen sind die Hände gebunden. Auf gesetzlicher Grundlage gibt es das nicht, weil »[...] Sie haben ja mit Fahrtkostenpauschale quasi verhandelt und das steht Ihnen zu und etwas anderes kann da nicht passieren.« Dann sage ich: »Der hat 2.000 Euro im Monat für Tagespflege. Einmal in der Woche, wenn er kommt, über drei Monate hinweg, schöpfe ich im Monat nicht mehr als vielleicht 1.000 Euro aus, dann hat er noch 1.000 Euro, die zur Verfügung stünden. Kann ich da nicht die (FAHRDIENST) zahlen davon?« »Nein, das geht nicht. Weil dann würden die Malteser ja wie durch eine Hintertür sich in diesen Fahrdienst einschleichen, und das darf nicht sein.« Da stoße ich an meine Grenzen“ (T9, Pos. 82).

Im Zitat werden mehrere Aspekte angesprochen: die infrastrukturellen Bedingungen, die Leistungsanbieter (die Einfluss nehmen könnten), das vorhandene Budget (um diese Leistungen einkaufen zu können) und die restriktive Auslegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ohne Berücksichtigung des Einzelfalls. Die Organisation von möglicher Hilfe durch die Tagespflege verursachte mehrere Stunden Aufwand, die ohne Erfolg blieben. Daher sieht sich der Interviewpartner gezwungen, ggf. unkonventionelle Wege zu gehen, mit denen wirtschaftliche Risiken verbunden sind (vgl. T9, Pos. 94).

Umweltbezogene Herausforderungen beziehen sich auf die Lebenswelt des pflegebedürftigen Menschen. Dazu gehören Angehörige, andere Akteure sowie strukturelle Umgebungsfaktoren.

Manchmal fehlen Angehörige oder sind beruflich so stark eingebunden, dass sie an der Umsetzung von präventiven Maßnahmen nicht mitwirken können (vgl. T1, Pos. 40; vgl. T12, Pos. 96; vgl. T11, Pos. 68). Wenn Angehörige aber an der Pflege beteiligt sind, so bedingt ihre Haltung und Einstellung, inwieweit Prävention für den Pflegebedürftigen möglich ist (vgl. T8, Pos. 75-76). So versperrt der Fokus auf die verrichtungsbezogenen Tätigkeiten die Sicht auf die Präventionspotenziale (vgl. T1, Pos. 41-46; vgl. T10, Pos. 52). Viele Angehörige lehnen die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst ab (vgl. T8, Pos. 70). Wenn doch ein ambulanter Pflegedienst involviert wird, werden

hauswirtschaftliche Tätigkeiten eher abgegeben als körperbezogene (vgl. T11, Pos. 72). Körperbezogene Präventionspotenziale können in diesem Fall vorrangig nur durch die Angehörigen erkannt und gefördert werden. Informationslücken und mangelndes Wissen über Prävention sind jedoch bei vielen Angehörigen erkennbar (vgl. T10, Pos. 54-56). Die Herausforderung an dieser Stelle besteht darin, sie zur Einsicht in die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen zu bringen (vgl. T9, Pos. 70), die unter Umständen auch mit Kosten verbunden sind (vgl. T8, Pos. 78).

Ambulante Pflegedienste können zu Präventionsmöglichkeiten im häuslichen Setting beraten und aufklären. Weitere Beratungsangebote durch andere Akteure fehlen jedoch in einigen Regionen (vgl. T9, Pos. 40). Informationen zu Entlastungsmöglichkeiten und Unterstützung erreichen Angehörige demnach nur schwer, was Überforderungssituationen begünstigt (vgl. T12, Pos. 64). Dies kann sich im Verhalten gegenüber den Pflegebedürftigen widerspiegeln, z. B. in Ungeduld bei den täglichen Verrichtungen, in Interesselosigkeit an der Gesundheit der Pflegebedürftigen (vgl. T12, Pos. 62) oder sogar in der Ausübung von Gewalt (vgl. T9, Pos. 52). Sind positive Veränderungen durch umgesetzte Maßnahmen bei den Pflegebedürftigen zu erkennen, heißt dies nicht unbedingt, dass die pflegenden Angehörigen diese für sich annehmen können:

„[...] die [Angehörigen] kommen den dann vielleicht abholen [...], und bei uns ist hier noch total Halligalli und der geht aus sich heraus und schäkert vielleicht auch gerade mit einer Mitarbeiterin. Und dann kommt die Ehefrau und dann schlurft er wieder neben ihr her und kann nicht mehr a und b sagen. Und das sind dann natürlich Sachen, die auch für Ehefrauen wirklich schwierig sind, auch für Schwiegertöchter schwierig sind. Aber es ist halt so, so ist es dann einfach. Aber dass man das wirklich transferiert in den häuslichen Bereich, diesen Fortschritt, den sie dann haben - manchmal funktioniert es, aber oft halt nicht. Es kommt dann immer darauf an, wie die Angehörigen das aufnehmen“ (T9, Pos. 68).

Im Tagespflegesetting ist Kontakt mit anderen Menschen möglich, was einen ganz anderen Einfluss auf den Pflegebedürftigen hat als die Alltagssituation in den eigenen vier Wänden. Diese durch die pflegebedürftige Person erlebte psychosoziale Bereicherung kann bei den Angehörigen Gefühle der eigenen Unzulänglichkeit hervorrufen und die Frage, warum die pflegebedürftige Person mit anderen Freude teilt und mit ihnen selbst einen anderen Umgang pflegt. Dies kann als verletzend empfunden werden. Sind Angehörige jedoch vorrangig am Wohl der pflegebedürftigen Person interessiert und bereit, ihre Gefühle dafür hintanzustellen, dann können aus Herausforderungen Potenziale entstehen.

Barrieren für Prävention sind auch bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu finden. So werden für ältere Patienten weniger Verordnungen ausgestellt, was sich in

einer fehlenden Förderung der ambulant Pflegebedürftigen niederschlägt. Physiotherapeutische Maßnahmen werden verwehrt und die Überweisung zu Fachärztinnen oder -ärzten bleibt aus (vgl. T10, Pos. 50; vgl. T9, Pos. 82). Diese fehlende Unterstützung ist jedoch nicht immer auf die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen, es werden auch Leistungen durch Kassen verwehrt (vgl. T9, Pos. 82). Die Beschränkung der Inanspruchnahme von Leistungen führt dazu, dass vorhandene Potenziale nur unzureichend oder gar nicht gefördert werden können. Die fehlende Sicht auf Potenziale bei Menschen höheren Alters ist hier deutlich spürbar.

Auf struktureller Ebene wird der Mangel an kulturellen Angeboten für pflegebedürftige Menschen in den ländlichen Gebieten genannt. Die Wahrnehmung solcher Angebote würde das Verlassen der Häuslichkeit fördern. Die größte Hürde zur Angebotswahrnehmung wäre jedoch die Bewältigung des Weges dorthin (vgl. T9, Pos. 104). Auch die nachbarschaftliche Vernetzung im Wohnquartier könnte mehr in den Fokus gerückt werden (vgl. T10, Pos. 66). Regelmäßige Kontakte zu Nachbarinnen und Nachbarn und der Austausch untereinander tragen zur sozialen Vernetzung und Teilhabe bei.

Personenbezogene Herausforderungen ergeben sich aus mangelnder Information über Prävention seitens der Pflegebedürftigen (vgl. T8, Pos. 65). Eine risikoorientierte Sichtweise und der Blick auf die eigenen Defizite tragen dazu bei, dass Potenziale und Ressourcen gar nicht wahrgenommen werden (vgl. T1, Pos. 36). Die Notwendigkeit von Prävention wird von einigen Klientinnen und Klienten daher nicht erkannt und auch nicht als wichtig empfunden (vgl. T9, Pos. 36). Sie ziehen ihren Alltag in der Häuslichkeit (vgl. T6, Pos. 52) der Veränderung vor:

„Es ist nur die Frage, ob man sie motiviert bekommt dazu dann, dass dann wirklich zu machen. Also eine Sache ist hier zu sagen: Ja, ich möchte gerne wieder aktiver sein. Und die andere Sache ist, wirklich das umzuschalten den Hebel, ne, und das auch wirklich dann zu tun“ (T10, Pos. 52).

Veränderungen in hohem Alter anzunehmen und aktiv dazu beizutragen, ist keine leichte Aufgabe. Auch wenn es um Veränderung des Wohnraums geht, um das Leben in der Häuslichkeit zu erleichtern, ist Einsicht unumgänglich:

„Und die Frau läuft sowieso schon mit dem Rollator. Und Sie merken ne, es gibt diese Stolperstelle, gerade an der Stelle, wo der Teppich in den Läufer übergeht. Und ich sage: Wollen Sie den Läufer nicht mal wegnehmen, ja? Das ist also ... Werden Sie nicht unbedingt immer auf hörende Ohren stoßen, ja“ (T10, Pos. 142).

Das Bewusstsein, welche Potenziale dadurch entstehen, ist bei manchen Personen nicht vorhanden (vgl. T12, Pos. 60). Veränderungen anzunehmen, sie zu akzeptie-

ren und damit zu leben und sie als wichtig zu empfinden, ist eine der größten Herausforderungen für Prävention.

Der Alterungsprozess und damit die Einbuße von Fähigkeiten wird im Alltag häufig als gegeben oder schicksalhaft akzeptiert. Pflegebedürftige Personen nehmen erst dann eine Beratung zu möglichen Hilfen in Anspruch, wenn sie keinen anderen Ausweg mehr sehen (vgl. T9, Pos. 36). Mitunter sind dann schon umfangreiche Einschränkungen vorhanden und die Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit gefährdet.

Präventionspotenziale werden bei zu umfangreichen kognitiven Einschränkungen (vgl. T11, Pos. 62,88; vgl. T9, Pos. 62) und bei hohem Pflegegrad nicht gesehen (vgl. T1, Pos. 40). Personen mit hohem Pflegegrad werden häufiger in das stationäre Setting eingebunden (vgl. T11, Pos. 68), da eine ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist.

(4) Zielgruppen

Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege sind sich einig, dass keine abgrenzbaren Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im ambulanten Setting existieren, was durch die folgenden Zitate deutlich wird:

„Das ist bei jedem anders, das merkt man gerade im ambulanten Bereich, das ist so individuell [...]. Und es ist wirklich ein Puzzlespiel das zu extrahieren, was jedem gut tut, also was die individuelle Gesundheitsförderung oder Prävention für jeden Einzelnen bedeutet“ (T1, Pos. 22).

„Okay, wenn wir jetzt vom ambulanten Pflegedienst ausgehen, da würde ich überhaupt keine Ausnahme machen. Alle“ (T8, Pos. 84-85).

„Demenz [ist] nicht gleich Demenz [...]. Es kommt ja immer auf die Geschichte der Menschen an. [...] es ist halt so ... die haben ja Triggerpunkte. Das heißt, wenn ich jetzt den falschen Trigger setze, dann reagiert der komplett durchgeknallt, obwohl der andere mit demselben Trigger überhaupt nicht reagiert. Also muss ich da wirklich sehr, sehr individuell handeln“ (T9, Pos. 60).

Eine individuelle Herangehensweise erfordert auch einen individuellen Umgang mit den pflegebedürftigen Personen. Selbst bei gleichen Erkrankungen reagieren Personen ganz unterschiedlich auf bestimmte Interventionen,

„wo man dann mit einer gewissen Behutsamkeit vorgeht, um diesen Bereich der Prävention oder ich sage mal, der Gesunderhaltung für diesen Menschen in seinem Rahmen zu ermöglichen“ (T8, Pos. 53).

Erkenntnisse
zu Präventions-
potenzialen aus
qualitativen
Interviews

Auf Nachfrage nannten die Interviewten einzelne Merkmale, anhand derer Potenziale für Prävention erkennbar werden. Bspw. gehen die private Finanzierung von Präventionsleistungen (vgl. T12, Pos. 100) und ein erwerbsfähiges Alter (vgl. T9, Pos. 46) mit erweiterten Handlungsmöglichkeiten einher (weil z. B. zusätzliche Leistungen der Renten- oder Unfallversicherung in Anspruch genommen werden können). Im Tagespflege-setting werden besonders Seniorinnen und Senioren mit Rückzugstendenzen, Schlaganfall, Parkinson und Anfangsstadium Demenz (vgl. T9, Pos. 48) Präventionspotenziale zugeschrieben.

Insgesamt jedoch bringt das folgende Zitat den Grundtenor der Antworten zur Frage nach Zielgruppen auf den Punkt:

„Es tut mir leid, ich kann Ihnen keine Schubladen anbieten. Es ist wie es ist“ (T1, Pos. 52).

(5) Assessments



Abb. 70: Übersicht zur Kategorie Assessments bei den Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) (vgl. T1, Pos. 68; vgl. T12, Pos. 110; vgl. T9, Pos. 66) ist ein Assessment, das zur Beurteilung von Präventionspotenzialen genannt

wird. Weitere sind der Pflege- oder Verlaufsbericht, die Anamnese (vgl. T1, Pos. 76; vgl. T9, Pos. 66; vgl. T8; pos. 114-115) und regelmäßige Pflegevisiten (vgl. T8, Pos. 58, 60; vgl. T6, Pos. 98). Die Einschätzung von Risiken wie Sturz, Dekubitus, Intertrigo, Ernährung oder Thrombose werden ebenfalls als Instrumente zur Einschätzung von Präventionspotenzialen genannt (vgl. T11, Pos. 100; vgl. T12, Pos. 110; vgl. T9, Pos. 60).

Hinsichtlich der Prävention von Gewalt wird das Instrument CMAI (Cohen-Mansfield-Agitation Inventory, siehe Kapitel 9.7, S. 193) genutzt, das Fallbesprechungen im Team unterstützt und die Entscheidungsgrundlagen für die Auswahl von Interventionen zur Verhinderung von Gewalt liefert (vgl. T8, Pos. 129-130).

Auch das Beratungsgespräch mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wird dazu gezählt. Dabei kann Bedarf festgestellt werden und die Kommunikation über die Maßnahmenplanung erfolgen (vgl. T12, Pos. 38; vgl. T10, Pos. 104; vgl. T8, Pos. 58). Einige Interviewten nutzen keine gesonderten Assessments zur Ermittlung von Präventionspotenzialen (vgl. T10, Pos. 109-112). In diesem Fall ist die Einschätzung durch Fachpersonal und deren Beobachtungen von Relevanz (vgl. T1, Pos. 72; vgl. T9, Pos. 60; vgl. T8, Pos. 121). Eine explizite Messung von Erfolgen im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung gibt es nicht, eine Beurteilung erfolgt anhand von Beobachtungen:

„Und er ist so glücklich darüber. Natürlich sieht das alles noch nicht so schön aus und so, fließend und so männlich wie früher. Aber mit viel Humor kommt man da auch ganz weit. Aber das sind so Parameter – wenn der wieder im Garten arbeiten kann, irgendetwas müssen wir ja richtig gemacht haben“ (T1, Pos. 180).

Auch Parameter wie die Vermeidung von Krankenhausaufhalten oder Pflegegradrückstufung werden als Erfolge für die durchgeführten Maßnahmen genannt (vgl. T1, Pos. 190; vgl. T6, Pos. 86; vgl. T8, Pos. 121). Ergänzt wird, dass eine Anforderung an Assessments im ambulanten Setting die Praktikabilität im Arbeitsalltag ist, „was uns unterstützt, ja, die Dinge ein Stückchen sichtbarer zu machen, ohne dass wir sie gleich als Geißel empfinden“ (T8, Pos. 125-126).

Deutlich wird in dieser Kategorie, dass das Verständnis von Assessments sehr unterschiedlich ist und standardisierte Instrumente zur gezielten Ermittlung von Präventionspotenzialen im Pflegealltag nur vereinzelt Anwendung finden.

(6) Interventionen



Abb. 71: Übersicht zur Kategorie Interventionen bei den Vertretern ambulante Pflege

Im Setting ambulante Pflege ist nach Ansicht der Befragten Prävention deutlich einfacher gestaltbar als in einem stationären Setting (vgl. T1, Pos. 14; vgl. T10, Pos. 60), was vor allem darin begründet liegt, dass die Maßnahmen im direkten Umfeld des Pflegebedürftigen stattfinden und an seine Bedürfnisse und Wünsche angepasst werden. Zudem ist eine einzelfallbezogene Intervention möglich. Die Beratung der Pflegebedürftigen und Angehörigen beim Erstbesuch dient der Einschätzung der Bedarfe und Bedürfnisse zur Feststellung des Umfangs der benötigten Hilfeleistung und zur Kommunikation und Verabredung von präventiven Maßnahmen (vgl. T12, Pos. 158).

Zu den Präventionsmaßnahmen zählen die Durchführung von Prophylaxen, Mobilitätsübungen zum Erhalt der vorhandenen Beweglichkeit, Wohnraumanpassungen zur Verhinderung von Stürzen, Blutdruckeinstellung zur Vermeidung von Schwindel und Ein-

bindung von weiteren Akteuren des Settings zur Unterstützung (vgl. T12, Pos. 50). Werden die Pflegebedürftigen von Anfang an einbezogen, haben sie die Möglichkeit festzulegen, in welchen Bereichen sie wieder mehr Selbstständigkeit erlangen wollen. Diese Bereiche können dann gezielt durch Maßnahmen gefördert werden (vgl. T8, Pos. 94). Das Wohlbefinden des Einzelnen (vgl. T1, Pos. 94, vgl. T6, Pos. 72) und die Wiedererlangung von mehr Selbstständigkeit (vgl. T11, Pos. 140) sind Erfolgsparameter der eingesetzten Maßnahmen, anhand derer die Evaluation der Präventionsmaßnahmen erfolgen könnte. Die schriftliche Evaluation findet sich im Pflegebericht wieder (vgl. T8, Pos. 121).

Unabdingbar für den Erfolg der Interventionen, die die ambulanten Pflegedienste in Angriff nehmen, ist die Einbindung von Dritten (anderen Akteuren des Settings). Dazu zählen:

- die Angehörigen (vgl. T8, Pos. 69-70; vgl. T6, Pos. 48; vgl. T1, Pos. 143; vgl. T9, Pos. 62; vgl. T10, Pos. 106; vgl. T12, Pos. 108)
- das Setting Tagespflege (vgl. T11, Pos. 114; vgl. T8, Pos. 52-53)
- andere Tagespflegen oder ambulante Pflegedienste (vgl. T9, Pos. 24)
- SAPV-Teams (vgl. T8, Pos. 104-105)
- Betreuungskräfte (vgl. T1, Pos. 169)
- Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde (vgl. T6, Pos. 52)
- Therapeutinnen und Therapeuten (vgl. T8, Pos. 33; vgl. T9, Pos. 24; vgl. T10, Pos. 38)
- Ärztinnen und Ärzte (vgl. T10, Pos. 82; vgl. T8, Pos. 129-130; vgl. T9, Pos. 24; vgl. T12, Pos. 50)
- Essen auf Rädern (vgl. T8, Pos. 35-36)
- Vermieterinnen und Vermieter bei Wohnraumanpassung (vgl. T10, Pos. 40)
- kommunale Dienste (Hausbesuche etc.) (vgl. T12, Pos. 54)

Im Setting Tagespflege werden entweder Gruppenprogramme angeboten oder allein auf die Förderung des Einzelnen durch das Setting vertraut (vgl. T9, Pos. 32). Der abwechslungsreiche Tagesablauf, die sich täglich ändernde Gruppenzusammensetzung, die Mitgestaltung des Besuchs durch die Tagespflegegäste, der nicht vorhandene Zwang zur Teilnahme an Aktivitäten und das Zusammentreffen mit anderen Menschen wird als fördernd betrachtet (vgl. T9, pos. 66, 32, 30). Die Erfolge werden in der täglichen Arbeit sichtbar (vgl. T9, Pos. 66).

Als Handlungsfelder für Prävention im ambulanten Setting werden genannt:

- die Förderung der körperlichen Aktivität,
- die Förderung der psychosozialen Gesundheit und sozialen Teilhabe,
- die Förderung der Kognition,
- die Prävention von Gewalt sowie
- betriebliche Maßnahmen zur Herausbildung einer gesundheitsförderlichen Kultur bei den Beschäftigten (verhältnisbezogen).

Das Thema Ernährung wurde nur von zwei Interviewten angesprochen - im Zusammenhang mit der Empfehlung von Essen auf Rädern und einem Konzept der Tandembildung von Mitarbeitenden und pflegebedürftigen Personen zur gegenseitigen Motivation, z. B. um gemeinsam eine Diät in Angriff zu nehmen.

Präventionsmaßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität sind in den ambulanten Alltag integriert (vgl. T10, Pos. 38), werden aber so nicht benannt: Aufstehübungen, Treppenlaufen, Fingergymnastik (vgl. T8, Pos. 33-34). Auch die Prophylaxen, wie Kontraktur-, Thrombose-, Sturz- und Dekubitusprophylaxe werden als präventive Maßnahmen für den Erhalt körperlicher Aktivität gewertet (vgl. T12, Pos. 38; vgl. T11, Pos. 26). Die Erfolgsmessung der angewendeten Maßnahmen orientiert sich daran, welche Tätigkeiten wieder selbst durchgeführt werden können oder welche Veränderung dadurch erreicht wurde:

„Also wenn ich mir jetzt einen konkreten Fall vorstelle: Wir haben jemanden übernommen, bettlägerig total und jetzt sitzt sie auf der Bettkante. Es ist immer nur die Mobilität“ (T11, Pos. 54).

An diesem Beispiel wird deutlich, dass bereits die Förderung von minimaler körperlicher Aktivität positive Effekte auf das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person hat.

Andere Pflegedienste bieten gezielt Trainingseinheiten an, entweder mit dem Pflegebedürftigen zu Hause oder in der Gruppe (vgl. T11, Pos. 28; T1, Pos. 60). Dazu werden folgende Maßnahmen konkret genannt:

- ein kostenfreies Sturzpräventionsprogramm einer Krankenkasse, welches in der Häuslichkeit (mit Wohnraumanpassung) sowie in der Gruppe stattfinden kann (vgl. T11, Pos. 90-91),
- ein Wassersportangebot (vgl. T8, Pos. 39-40) und
- das Angebot der progressiven Muskelentspannung (vgl. T8, pos. 37).

Eine Erkenntnis aus dem Angebot der progressiven Muskelentspannung ist, dass ausschließlich mobile Pflegebedürftige diese Maßnahme besuchten, was zu der Überlegung führt, einen Fahrdienst zur Wahrnehmung der Gruppenaktivitäten einzusetzen (vgl. T8, Pos. 37-40).

Ein wichtiger Aspekt bei der Durchführung von Aktivierung bzw. Training ist, diese als bewusst von der täglichen Pflege abgegrenzte Leistung zu gestalten. Weiterhin wird eine therapeutische Qualifikation des dabei eingesetzten Personals als erforderlich erachtet.

Die psychosoziale Gesundheit kann durch die Bildung eines sozialen Netzes aus Menschen im Wohnumfeld gefördert werden (vgl. T6, Pos. 52). Der Besuch einer Tagespflege

wirkt sich ebenfalls sehr förderlich aus (vgl. T9, Pos. 64; vgl. T10, Pos. 84). Ein ambulanter Pflegedienst überlegt, eine Meditationseinheit in den Besuch der Pflegebedürftigen zu integrieren, bei welcher gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen meditiert wird (vgl. T6, Pos. 136). Doch es trägt auch zur psychosozialen Gesundheit bei, jahrelange seelische Belastungen gegenüber Vertrauten außerhalb der Familie ansprechen zu können (vgl. T1, Pos. 60).

Die Förderung der Kognition wird im Tagespflegesetting dadurch erreicht, dass täglich andere Menschen aufeinandertreffen, die sich immer neu aufeinander einstellen müssen (vgl. T9, Pos. 32, 64) sowie mittels eines Programms zur Aktivierung und Beschäftigung von Menschen mit Demenz (vgl. T9, Pos. 32). Im ambulanten Setting wird dazu keine Aussage getroffen.

Zu den betrieblichen Maßnahmen eines ambulanten Pflegedienstes zählen regelmäßige Fallbesprechungen im Team (vgl. T1, Pos. 82), die regelmäßige Fortbildung der Mitarbeitenden hinsichtlich der für die Pflegebedürftigen angebotenen Maßnahmen (vgl. T11, Pos. 94), die Befolgung von Verfahrensanweisungen und die Nutzung von Standards (vgl. T12, Pos. 38) sowie die Vorhaltung eines Teams von Betreuungskräften, deren Leistung durch die Pflegebedürftigen eingekauft werden kann (vgl. T6, Pos. 66). Eine Idee, die bisher noch nicht umgesetzt wurde, ist die Bildung von Tandems, bestehend aus Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen zur gemeinsamen Durchführung einer Präventionsmaßnahme (z. B. gemeinsam eine Diät machen und sich dabei gegenseitig motivieren) (vgl. T6, Pos. 134). Auch die Anregung einer gesetzlichen Betreuung wird als verhältnisbezogene Präventionsmaßnahme angeführt (vgl. T12, Pos. 56).

(7) Wünsche

Abschließend sollten die Interviewten Wünsche in Bezug auf die Thematik Gesundheitsförderung und Prävention und ihre berufliche Tätigkeit äußern. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die genannten Themen.



Abb. 72: Übersicht zu Wünschen der Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflege

Die Wünsche der Interviewten beziehen sich zu einem Großteil auf die Personalsituation in der ambulanten Pflege. Bezug genommen wird auf unzureichende Anforderungen beim Zugang zur Pflegeausbildung, die dazu führten, dass das examinierte Personal den fachlichen Ansprüchen nicht genügt. Es wird mehr kompetentes Personal benötigt, Mitarbeitende, die mit Engagement und fundiertem Fachwissen Prävention und Gesundheitsförderung im Arbeitsalltag leben (vgl. T8, Pos. 164-165; vgl. T10, Pos. 158; vgl. T11, Pos. 144-148). Ein Interviewpartner wünscht sich, dass die Bedeutung der Betreuungsfachkräfte in der ambulanten Versorgung erkannt wird und sie frühzeitiger in das Setting eingebunden werden, auch hinsichtlich der Vermeidung von Kosten für Langzeitfolgen (vgl. T1, Pos. 198-209). Prävention und gezielte Ressourcenförderung sollten innerhalb des Gesundheitssystems stärker in den Fokus gerückt werden, um auch die Potenziale in der ambulanten Pflege besser nutzen zu können (vgl. T12, Pos. 162).

Ein anderer Interviewpartner wünscht sich eine gesonderte, verpflichtende Beratung zur Gesundheitsförderung und Prävention durch die Kassen ab dem Pflegegrad 2, um frühzeitig auf die Bedeutung hinzuweisen (vgl. T9, Pos. 38). Hinsichtlich der finanziellen Rahmenbedingungen wird der Wunsch nach einer besseren Leistungsbefürwortung durch die Kassen deutlich (vgl. T10, Pos. 160) und im Rahmen der Tagespflege der

Wunsch nach einer bedarfsgerechten Finanzierung, einer Platzzahlflexibilisierung und einer größeren Praxisnähe bei der politischen Entscheidungsfindung (vgl. T9, Pos. 100). Eine Interviewpartnerin hofft, dass die Wahrnehmung und Fürsorge für Seniorinnen und Senioren in unserer Gesellschaft einen anderen Stellenwert bekommt:

„Ich möchte nicht, dass die immer wieder mit Kindern verglichen werden, ich möchte nicht, dass die Tagespflege mit Kinderhorten verglichen wird, das ist das, was ich mir wünsche. Ich wünsche mir, dass ein Senior als das gesehen wird, was er ist. Er hat ein Leben hinter sich gebracht, er soll wertgeschätzt werden, auch wenn er dement ist. So wie ich das auch später mal haben möchte für mich – ich möchte nicht als Kind, als fünfjähriges behandelt werden. Ich möchte nicht entmündigt werden, ich möchte nicht, dass über meinen Kopf entschieden wird“ (T9, Pos. 100).

7.5 Ergebnisse der Interviews mit MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern

Die Ergebnisse aus den Interviews mit den MDK-Gutachterinnen und Gutachtern werden systematisch entlang der Kategorien (siehe auch Anhang A4: Codierschema MDK) aufbereitet. Am Anfang der Auswertung umfangreicher Kategorien findet sich eine Übersicht der thematischen Reichweite, die anschließend konkretisiert, mit eigenen Worten wiedergegeben und mit Zitaten belegt wird. Im Zuge der Bearbeitung und nach mehrfacher Anpassung des Kategoriensystems wurden sechs Hauptkategorien herausgearbeitet:

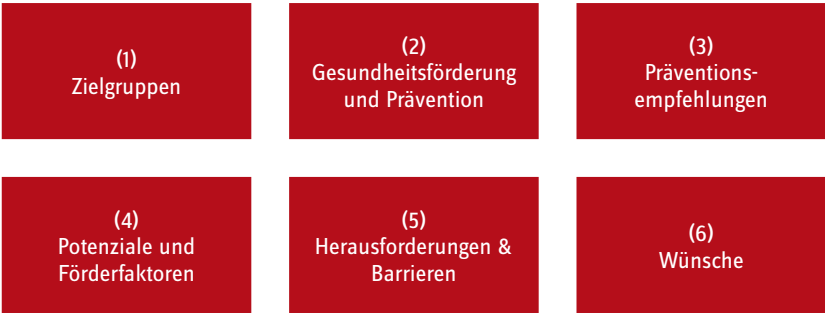


Abb. 73: Sechs Hauptkategorien in den Interviews mit MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern

(1) Zielgruppen

Anhand der Aussagen der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter wird deutlich, dass keine unterscheidbaren Zielgruppen für Prävention oder für das Aussprechen einer Präventionsempfehlung existieren. Dies ist, nach Aussage einer Gutachterin „immer eine Einzelfallentscheidung, immer“ (T5, Pos. 74).

„[...] das kommt eben wirklich auf den Einzelfall an, da muss der Gutachter immer genau gucken, wie ist der überhaupt in der Lage - ich sage ja, die gucken auf die Compliance, wenn die nicht gegeben ist, heißt das nicht, dass die nicht empfehlen. Das ist aber ein Faktor“ (T4, Pos. 100).

„Natürlich gibt es nicht die Vorgaben, wenn der ja meinetwegen beim Fortbewegen in der Wohnung Hilfe braucht, dann muss aber unbedingt hinten noch eine präventive Maßnahme empfohlen [werden] - solche klaren Vorgaben gibt es ja nicht, sondern das ist immer wieder abhängig vom Einzelfall“ (T3, Pos. 66).

Ein anderer Interviewpartner ergänzt, dass auch die Wirkung von Präventionsmaßnahmen individueller Natur ist: „Und ob das was bringt auch das wäre sozusagen eine einzelfallbezogene Antwort, weil: Was ist das Wichtige für wen, ja?“ (T7, Pos. 87). Präventionspotenziale und auch Maßnahmen sind demnach individuell und müssen einzelfallbezogen ausgewählt werden.

Dennoch treffen die Gutachterinnen und Gutachter Aussagen zu bestimmten Merkmalen und Faktoren, die Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Diese finden in der Kategorie Potenziale und Förderfaktoren ausführlich Darstellung.

(2) Gesundheitsförderung und Prävention



Abb. 74: Übersicht zur Kategorie Gesundheitsförderung und Prävention bei den MDK-Gutachterinnen und Gutachtern

Prävention beginnt schon im Kindesalter. Ob und wie in jungen Jahren Präventionsmaßnahmen im Alltag gelebt und eingebunden werden, bestimmt die Haltung zu Prävention im Alter (vgl. T4, Pos. 86). Eine andere Sichtweise ist, dass Prävention dort beginnt, wo Risikofaktoren vorhanden sind, aber noch keine Erkrankung aufgetreten ist. Dies trifft auch auf die Kindheit zu. Dort können bereits Risikopotenziale für bestimmte Erkrankungen vorhanden sein, die den Gesundheitsverlauf des Lebens maßgeblich beeinflussen. Im beruflichen Kontext ist Prävention ein Teil der Pflege, der einen hohen Stellenwert einnimmt sowie zum Selbstverständnis des pflegerischen Handelns gehört (vgl. T5, Pos. 24).

Aussagen zum Verständnis von Prävention fokussieren den Wirkungsbereich oder die Reichweite der präventiven Maßnahmen. Prävention besitzt in der Bevölkerung einen zu geringen Stellenwert und ist „noch sehr ausbaufähig“ (T2, Pos. 20). Ein stärkerer Fokus ist notwendig, um das Bewusstsein und die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit zu schaffen (vgl. T7, Pos. 20.). Prävention gewinnt in den letzten Jahren an Bedeutung, denn die Nützlichkeit von Prävention für hochbetagte und multimorbide Menschen rückt stärker in den Fokus (vgl. T3, Pos. 20). In der Begutachtung liegt die Chance, darauf aufmerksam zu machen: „[...] wenn wir Menschen vor uns

haben und begutachten, immer zu gucken, gibt es irgendwie eine Möglichkeit hier Prävention überhaupt zu empfehlen“ (T4, Pos. 20).

Durch Inkrafttreten des Präventionsgesetzes sind Auswirkungen auf den Umgang mit Prävention direkt in der Praxis spürbar. Dadurch bekam Prävention einen anderen Stellenwert. Hier äußerte ein Interviewpartner, dass der

„Blick [auf Prävention] ein anderer geworden ist. Ja der Blick darauf ist ein anderer geworden, [...] früher war das anders, da hat man das übersehen, nicht daran gedacht, überwiegend nicht [daran] gedacht“ (T4, Pos. 36).

Prävention war demzufolge in der Vergangenheit weniger im Zentrum der Betrachtung und erlebt durch das Präventionsgesetz eine Aufwertung (vgl. T4, Pos. 32). Eine andere Auffassung ist, dass Prävention auch vor der Einführung des Präventionsgesetzes gelebt und umgesetzt wurde (vgl. T5, Pos. 27). Neben der Organisation der Versorgung nimmt der Blick auf die Potenziale und Ressourcen im Rahmen der pflegerischen Versorgung durchaus Raum ein (vgl. T3, Pos. 102). Da die Umsetzung des Präventionsgesetzes und die daraus folgenden Maßnahmen als sinnvoll betrachtet werden, bedarf es der Schaffung von Anreizen, um jede einzelne Person für die Wichtigkeit von Prävention zu sensibilisieren:

„Man sollte denn auch Anreize dafür schaffen, dass sie das machen. Dass solche Sachen eben nicht nur begonnen werden, sondern auch zu Ende geführt werden. Nur dann profitiert der Mensch“ (T4, Pos. 102).

Auffällig an dieser Kategorie ist, dass vorwiegend der Bereich Prävention Betrachtung fand und Gesundheitsförderung nicht direkt angesprochen wurde. Dies könnte jedoch auf den Zusammenhang mit der Begutachtung zurückzuführen sein. Denn dort werden Empfehlungen explizit zur „Prävention“ ausgesprochen (siehe auch Kapitel 6.1).

(3) Präventionsempfehlungen



Abb. 75: Übersicht zur Kategorie Präventionsempfehlungen bei den MDK-Gutachterinnen und Gutachtern

Die Anzahl der Empfehlungen sind abhängig von den Einschränkungen und damit vom individuellen Bedarf (vgl. T4, Pos. 64; vgl. T7, Pos. 64). Es existieren keine Beschränkungen für das Aussprechen von Empfehlungen (vgl. T7, Pos. 66). Demzufolge haben die Gutachterinnen und Gutachter freien Entscheidungsspielraum, ob und wie viele Empfehlungen sie im Rahmen einer Begutachtung aussprechen. Mehrere Empfehlungen für Prävention sind jedoch selten (vgl. T4, Pos. 64, 76; vgl. T7, Pos. 85) und werden ausgesprochen, wenn bspw. beide Maßnahmen denselben Effekt hervorrufen, in diesem Fall die Verbesserung der Mobilität: „Entwöhnungsprogramme mit gleichzeitiger Sturzprävention“ (T4, Pos. 76). Wird der Alkoholkonsum gesenkt, so reduzieren sich körperliche Einschränkungen, die mit Übungen zur Sturzprävention mehr Sicherheit hinsichtlich der Mobilität versprechen. Liegen mehrere Bedarfe vor, kann das das Aussprechen mehrerer Empfehlungen nach sich ziehen:

„Da, wo es mehrere Ansätze gibt, vor allen Dingen bei multimorbiden Patienten. Typisch Polyarthrose, Diabetes und Polyneuropathien [...] und er gibt noch an, dass er merkt, sein Gedächtnis wird schlechter, die Konzentration nimmt ab. Da hätten

Erkenntnisse
zu Präventions-
potenzialen aus
qualitativen
Interviews

wir die Sturzprävention beispielsweise und das Gedächtnistraining als präventive Maßnahmen“ (T2, Pos. 108).

Eine Interviewpartnerin äußert, dass sich die Anzahl der Empfehlungen sehr erhöht habe (vgl. T4, Pos. 76). Worauf sie diese Aussage stützt, wird nicht klar.

Zur Entscheidungsfindung für oder gegen das Aussprechen einer Präventionsempfehlung sind mehrere Aspekte ausschlaggebend. Einige Gutachterinnen und Gutachter treffen ihre Entscheidung anhand des erkannten Bedarfs (vgl. T2, Pos. 98, 126; vgl. T5, Pos. 74): „Solche Angebote sind immer gut, um einen Start zu machen und das Angebot überhaupt kennen zu lernen“ (T7, Pos. 75). Der Bedarf kann sich auch aus der Krankengeschichte und den dazu vorliegenden Informationen sowie daraus ableitbaren Versorgungslücken ergeben (vgl. T7, Pos. 46; T3, Pos. 24). Dazu gehört auch die Einbindung der Angehörigen zur Situationseinschätzung (vgl. T7, Pos. 48).

Impulse für die Auseinandersetzung (vgl. T5, Pos. 76, 86; vgl. T3, Pos. 90) kann eine individuelle Herangehensweise an die zu Begutachtenden bieten (vgl. T4, Pos. 74, 84; vgl. T5, Pos. 30). Für andere Gutachterinnen und Gutachter ist die Entscheidung auch abhängig von der Umsetzung der Präventionsmaßnahme: „Wenn der Versicherte noch aktiv in der Lage ist mitzumachen, auch aufgrund seiner körperlichen Fähigkeiten, dann empfehlen wir auf jeden Fall präventive Maßnahmen“ (T3, Pos. 62). Anhand der Belastbarkeit, der Motivation und der Fähigkeit zur Teilnahme an einem Gruppenprogramm wird entschieden (vgl. T3, Pos. 88, 66, 36; vgl. T7, Pos. 54). Dabei „muss natürlich immer das eigentliche Setting mit berücksichtig[t] [werden]“ (T2, Pos. 114). Ob für eine bestimmte Einschränkung eine Präventionsmaßnahme oder eine Intervention im Bereich Rehabilitation sinnvoller ist, müssen die Gutachterinnen und Gutachter ebenfalls entscheiden:

„Also das ist jetzt natürlich abhängig vom Erkrankungsbild. Wenn jetzt derjenige, sagen wir ganz klassisch, einen Schlaganfall mit einer kompletten Hemiparese hat, da ist natürlich jetzt hier nicht der Fokus: Der Mensch soll wieder Treppen gehen lernen und das Haus verlassen können. Sondern hier ist ja dann eher der Fokus, dass die Mobilität innerhalb der Wohnung erst mal das erste Ziel ist, sage ich jetzt mal. Dann müssen wir schauen: Bekommt derjenige schon eine Heilmitteltherapie, Krankengymnastik beispielsweise? Dann müssen wir schauen: Ist das aus unserer fachlichen Sicht ausreichend? Wenn das ausreichend ist, beispielsweise er bekommt dreimal die Woche Krankengymnastik zu Hause, dann ist das ja schon eine sehr gute Versorgung mit Heilmitteln, dann würden wir hier keine Empfehlung treffen. Wäre es jetzt aber so, dass dieser Schlaganfallpatient zu Hause ist und erhält noch keine Heilmittel, und wir sehen hier aber noch ein Potenzial, dass noch was angewandt werden kann, dass beispielsweise – es kann ja sehr kleinschrittig sein von den Ziel-

setzungen her – zum Beispiel eine selbstständige Mobilisation an die Bettkante ermöglicht werden kann, dann würden wir hier Heilmittel empfehlen, Krankengymnastik“ (T2, Pos. 86).

Die Empfehlung von Heilmitteln bedeutet demnach eine individuellere Förderung der Pflegebedürftigen und kann für die Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit essenziell sein. Ein Interviewpartner empfiehlt vorrangig Heilmittel, da sie den individuellen Bedarf nach seiner Ansicht besser abdecken. Begründet wird dies damit, dass Erkrankungen überwiegend sehr fortgeschritten sind und die Einschränkungen bereits ein hohes Ausmaß erlangt haben (vgl. T2, Pos. 42,78). Eine Gruppenfähigkeit schließt er bei diesen Personen aus. Alle Empfehlungen werden stets im Hinblick auf die positive Auswirkung auf die Erhaltung und Verbesserung des gesundheitlichen Zustands getroffen:

„Wenn wir sehen, dass hier durch diese Maßnahmen auch der Grad der Selbstständigkeit erhöht, beziehungsweise erhalten werden kann. Ja, also das muss schon auch einen Sinn machen. Nicht nur, dass wir alles empfehlen, sondern dass man sagt: »Wenn der das durchführt, dann hat der auch gute Erfolgchancen, dass er hier eben selbstständiger ist.«“ (T3, Pos. 64).

Die Präventionsmaßnahmen sollten zur Erhöhung der Lebensqualität, zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zu gesundheitsorientiertem Handeln anregen (vgl. T5, Pos. 30). Die Vielschichtigkeit von Faktoren zur Entscheidungsfindung für eine Präventionsempfehlung wird in den folgenden zwei Zitaten deutlich:

„Beispielsweise bei einem Patienten mit Gelenkerkrankungen, beispielsweise mit einer Arthrose oder Osteoporose. Hier ist ganz wichtig auch oder spielt die Ernährung ja auch eine ganz große Rolle: »Welche Lebensmittel darf ich zu mir nehmen, was ist förderlich für meine Erkrankung, was hilft mir dabei?«“ (T2, Pos. 40).

„Das hängt auch wieder davon ab [...], an welche Maßnahme ich denke. Nehmen wir mal ein Beispiel: Einen chronischen Alkoholiker, der so in Richtung schon Korsakow so neigt, die ersten Symptome hat, der jahrelang trinkt und wir auch bei der Begutachtung sehen, dass da überall noch Flaschen stehen. Dann kann man schon sagen, dass das nicht günstig ist, wobei hier ja eine Prävention in Richtung Suchterkrankung wahrscheinlich wenig Sinn macht. Wenn ich aber sehe, dass hier Training zur Sturzprophylaxe ganz sinnvoll ist und er aber erstmal nicht [...] einsichtig ist, dass da die Läufer entfernt werden müssen und dass man vielleicht die Muskulatur kräftigt. Dann kann man hier über Einbeziehung der Pflegepersonen vielleicht doch auch die Motivation etwas mehr stärken“ (T3, Pos. 28).

Bei der Betrachtung der zugrunde liegenden Erkrankungen den damit in Zusammenhang stehenden verhaltensbezogenen Aspekt herauszustellen - und auch anzusprechen -, dies bedarf viel Fingerspitzengefühl und Abwägung der vor Ort vorzufindenden Situationen. Auch der Umgang mit Ablehnung gegenüber Prävention gehört zur Entscheidung, ob Präventionsempfehlungen ausgesprochen werden sollen. Ein Interviewpartner spricht in diesem Fall trotzdem Empfehlungen aus (vgl. T4, Pos. 54) während ein anderer Interviewpartner bei fehlender Einsicht in die Notwendigkeit von Prävention davon absieht (vgl. T3, Pos. 26, 30).

Als Kriterien für das Aussprechen von Präventionsempfehlungen werden Einschränkungen und Ressourcen in den einzelnen Modulen herangezogen (vgl. T3, Pos. 62; vgl. T5, Pos. 72, 78). Eine andere Interviewpartnerin nutzt als Unterstützung den ICF für die Einschätzung der funktionellen Einschränkungen und Ressourcen (vgl. T2, Pos. 80, 82). Grundlegendes Kriterium für die Empfehlungen ist die Passung der Präventionsempfehlungen mit den Handlungsfeldern für Prävention des GKV (vgl. T4, Pos. 72). Beispiel für ein Kriterium für das Aussprechen einer Empfehlung im Bereich Sucht ist die Risikogrenze für gesunden Alkoholkonsum:

„Ab wann entscheiden wir uns für ein Angebot? Und zum Beispiel bei diesem Suchtmittelkonsum [...] ist die Empfehlung zu sagen, 16g reiner Alkohol für Männer und bis zu 14g für Frauen, das ist so für uns die Grenze wo wir sagen: »Okay, ab da«“ (T7, Pos. 46).

Selbstberichtete Einschränkungen durch die zu Begutachtenden können ebenfalls als Kriterium für das Aussprechen einer Präventionsempfehlung herangezogen werden, denn der zu Begutachtende hat seinen Bedarf selbst erkannt und äußert ihn. Folgende zwei Beispiele zeigen dies:

„Ich hatte gestern jemanden, der war nicht pflegebedürftig und ich habe Sturzpräventionsmaßnahmen empfohlen, weil er immer wieder beklagte, er hat Angst zu stürzen“ (T4, Pos. 54).

„Ganz klassisch ist aber, wenn jemand zum Beispiel berichtet, [dass] er merkt, dass seine Gedächtnisleistung nachlässt, es ist aber keinerlei Erkrankung diagnostiziert bisher. Hier wäre dann nicht die Ergotherapie das, was wir empfehlen, sondern hier wäre es die präventive Maßnahme, dann zum Beispiel das Gedächtnistraining, was man hier empfehlen könnte“ (T2, Pos. 42).

Beide Zitate zeigen zudem, dass auch ohne Feststellung von Pflegebedürftigkeit Präventionsempfehlungen ausgesprochen werden können.

Ein weiteres Themenfeld ist das Ansprechen von Präventionsempfehlungen. Ein Interviewpartner favorisiert das direkte Ansprechen der Empfehlungen, gerade auch, weil dies Impulse setzt, motivierend wirken kann und ebenfalls Personen angesprochen werden, die der Begutachtung beiwohnen (vgl. T3, Pos. 22, 84). Andere Gutachter wägen sorgfältig ab, wann sie Empfehlungen ansprechen:

„Kommen wir jetzt aber in eine Begutachtungssituation, die sowieso schon emotional aufgeladen ist, werden wir sehr feinfühlig entscheiden. Bringt es jetzt etwas, hier dieses Thema Rauchentwöhnung beispielsweise [anzusprechen?]“ (T2, Pos. 116).

Präventionsempfehlungen hinsichtlich der Mobilität werden als Bereich angesehen, der am einfachsten angesprochen werden kann (vgl. T7, Pos. 30). Empfehlungsbereiche, die erfahrungsgemäß Konflikte bergen, werden erst gegen Ende der Begutachtung oder nur situationsbedingt angesprochen (vgl. T7, Pos. 104; vgl. T2, Pos. 132). Das Konfliktpotenzial entsteht beim Ansprechen von gesundheitsschädigendem Verhalten (vgl. T2, Pos. 124). Widerstände bei den zu Begutachtenden hindern den Dialog und erschweren das Beratungsgespräch hinsichtlich der Verhaltensprävention (vgl. T7, Pos. 30). Ein Interviewpartner berichtet davon, dass auch ohne Ansprechen der Präventionsempfehlung eine schriftliche Empfehlung abgegeben werden kann (vgl. T4, Pos. 22, 40, 48, 86). Damit wird das in der Begutachtung entstehende potenzielle Konfliktgespräch umgangen und der Beratungsauftrag an die zuständige Pflegekasse weitergeleitet.

Zu den Aufgaben des Gutachters hinsichtlich Prävention gehört die Einbindung von anderen Akteuren des Settings, Motivation und Anregung sowie Beratung und Information.

Ist das Einverständnis der zu Begutachtenden vorhanden, so versuchen die Gutachterinnen und Gutachter das Umfeld mit einzubeziehen, etwa den Hausarzt bzw. die Hausärztin oder auch die pflegenden Angehörigen (vgl. T2, Pos. 68; vgl. T3, Pos. 84; vgl. T5, Pos. 30), die „bei der Begutachtung dabei [sind] und wir sprechen sie auch immer aktiv an, weil ohne pflegende Angehörige geht gar nicht“ (T5, Pos. 62). Die pflegenden Angehörigen nehmen demzufolge eine zentrale Rolle im Rahmen von Prävention ein. Dies wird bei der Auswertung der Kategorie Potenziale noch deutlicher. Ebenso werden die Pflegekasse, der die Beratungsaufgabe nach erhaltener Präventionsempfehlung (vgl. T3, Pos. 84) zukommt, und die Pflegestützpunkte ins Gespräch gebracht (vgl. T3, Pos. 94; vgl. T4, Pos. 112). Dies sind zwei Institutionen, die als Akteure im Gesundheitswesen die Konkretisierung von Präventionsempfehlungen übernehmen könnten.

Zur Motivation und Anregung zur Auseinandersetzung mit der Thematik Prävention wird darüber gesprochen (vgl. T7, Pos. 44; vgl. T5, Pos. 30; vgl. T3, Pos. 54), denn:

„Pflegerbedürftigkeit [ist] ja kein Prozess [...], der einfach so stehen bleibt. Man kann ihn sehr positiv beeinflussen mit bestimmten Maßnahmen, eben zum Beispiel auch mit Prävention und das steht bei uns natürlich immer im Vordergrund, wenn wir dieses Gespräch führen“ (T7, Pos. 22).

Ein anderer Interviewpartner äußert, dass die Berücksichtigung struktureller und finanzieller Aspekte zur Motivation der pflegebedürftigen Person beiträgt (vgl. T2, Pos. 148). Das Einfühlen in den anderen, das Verständnis für die Situation, ein wertschätzender Umgang, gemeinsame Entscheidungen und auch Zuhören ermöglichen es, zum Gegenüber einen Zugang zu finden und ihn zu erreichen (vgl. T5, Pos. 52; vgl. T3, Pos. 80; vgl. T4, Pos. 54; vgl. T7, Pos. 20). Widerstände oder mangelnde Bereitschaft zur aktiven Beteiligung erschweren die Motivationsarbeit der Gutachterinnen und Gutachter (vgl. T4, Pos. 88), wie folgendes Beispiel eindrücklich zeigt:

„Und wenn ich [...] zehn Leuten das sage, dann sagen vielleicht zwei: »Das ist aber nett, nennen Sie mir mal eine Adresse.« Dann machen die das auch, für Selbsthilfegruppen oder so, da bin ich überzeugt, die setzen das auch um, da bin ich auch dankbar und bei acht merke ich, da ist überhaupt keine Compliance gegeben oder sieben, und da ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten, dass man auch aus seiner eigenen passiven Rolle herauskommt“ (T5, Pos. 56).

Eine passive, sich seinen Einschränkungen ergebende Haltung des Pflegebedürftigen erschwert ebenfalls die Motivationsarbeit der Gutachterinnen und Gutachter. Im Rahmen der Aufgabe, über Prävention zu informieren, wird deutlich, wie wenig Informationen beim Gegenüber vorhanden und in welchem geringem Maße Pflegebedürftige und Angehörige aufgeklärt sind (vgl. T2, Pos. 144, 60; vgl. T3, Pos. 102; vgl. T4, Pos. 56). Werden Informationen an diese Personengruppen weitergegeben, sollten diese gezielt und an den jeweiligen Bedarf angepasst werden, statt allgemeine Auskünfte zu beinhalten (vgl. T3, Pos. 90). Als herausfordernd stellt sich die Beratung zur verhaltensbezogenen Prävention dar. Sie wird als impulsgebend bezeichnet (vgl. T3, Pos. 22; vgl. T2, Pos. 60) und kann daher nur aufzeigenden Charakter haben. Durchgeführt wird sie bei Erkennen von Gesundheitsrisiken, die die zu Begutachtenden beeinflussen können. Hinweise und Tipps in der Beratung dienen der Information zu Handlungsmöglichkeiten (vgl. T5, Pos. 32; vgl. T3, Pos. 58). Dazu gehören auch:

„Pflegerkurse [für pflegende Angehörige] [...], aber es müsste eben auch noch mehr Informationen ganz konkret für ihre Wohnbereiche oder wohnortnahen Verhältnisse [geben]. Was gibt es dort? Was kann ich nutzen? Wie komme ich hin? Gibt es vielleicht eben auch Transportmöglichkeiten? Was kann ich mit meinen Angehörigen mit meinem Pflegebedürftigen hier besprechen?“ (T3, Pos. 58).

Zur Beratung gehört auch, das Bewusstsein dafür zu wecken, dass „es nicht erstrebenswert ist, abhängig von fremder Hilfe zu sein, das Erkennen, dass ich verantwortlich für meine eigene Situation bin und Pflege nicht unabänderlich ist“ (T5, Pos. 50). Die Eigenverantwortlichkeit und das Annehmen von Verantwortung für sich ermöglicht somit erst die Zugänglichkeit und Offenheit für Prävention. Aufgrund des soeben beschriebenen Settings der Beratung (nur impulsgebend und anregend, aber bedarfsgerecht) wird für eine umfangliche Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI auf die Pflegekasse und die Pflegestützpunkte verwiesen (vgl. T4, Pos. 112; vgl. T2, Pos. 74).

Eine weitere Aufgabe der Gutachterinnen und Gutachter ist die Bestimmung der Art der Präventionsempfehlung. Damit wird das Handlungsfeld für Prävention festgelegt (Mobilität/Selbstversorgung, Kognition/Kommunikation oder Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen).

Anhand der Bedarfe des Einzelnen wird ermittelt, in welchem Bereich Potenziale für eine Verbesserung oder Erhaltung des Zustands bestehen. Die Präventionsempfehlung, die alle Gutachterinnen und Gutachter schon einmal ausgesprochen haben, ist eine Empfehlung im Bereich Bewegungsförderung oder auch Mobilität (vgl. T7, Pos. 54; vgl. T4, Pos. 78; vgl. T3, Pos. 32; vgl. T5, Pos. 32; vgl. T2, Pos. 86), sei es durch sturzprophylaktische Maßnahmen oder gezielten Umgang mit Hilfsmitteln (vgl. T3, Pos. 78; vgl. T4, Pos. 78): „Muskelkräftigung, Gleichgewichtsübungen, sportliche Betätigungen“ (T3, Pos. 32).

Ein weiterer Bereich, für den Empfehlungen ausgesprochen werden, ist die Kognition (vgl. T7, Pos. 28; vgl. T3, Pos. 56, 78). Hier geht es um gezieltes Training der Gedächtnisleistung, um bei Erkrankungen wie Demenz zustandserhaltend zu wirken. Im Bereich Ernährung und Sucht können ebenfalls Empfehlungen ausgesprochen werden (vgl. T7, Pos. 30; vgl. T4, Pos. 76; vgl. T2, Pos. 128). Dazu zählen gewichtsreduzierende Maßnahmen wie ein Kochkurs mit Fokus auf gesunder Ernährung oder Ernährungsberatung (vgl. T4, Pos. 64). Präventionsmaßnahmen im Bereich Sucht umfassen beispielsweise das Lernen von kontrolliertem Trinken (vgl. T3, Pos. 76; vgl. T4, Pos. 98).

Wo der Umgang mit Krankheit im Vordergrund steht, wird Stressbewältigung empfohlen, um krankheitsbedingten Belastungen begegnen zu können (vgl. T3, Pos. 76). Die pflegebedürftigen Personen sollen sich gebraucht fühlen und Aufgaben erhalten. Es werden dann Beschäftigungsangebote empfohlen (vgl. T3, Pos. 32). Alle Gutachterinnen und Gutachter gaben an, dass sie meist Potenziale in allen Bereichen sehen, aber entscheiden müssen, was vorrangig erforderlich ist. Sie können zwischen den unterschiedlichen präventiven Maßnahmen die passende für den individuellen Bedarf wählen und auch entscheiden, ob der Bedarf durch eine Rehabilitation (als tertiärpräventive Maßnahme) abgedeckt werden kann, weil sie „viele Maßnahmen in einem Angebot [inkludieren

kann]" (T7, Pos. 56). Demnach kann auch eine Rehabilitationsempfehlung präventiven Charakter haben, wenn dadurch eine Zustandserhaltung oder gar Verbesserung erreicht wird.

Eine weitere Subkategorie ist der Rücklauf oder das Feedback zu den Präventionsempfehlungen. Nahezu alle Gutachterinnen und Gutachter beklagen, dass sie Empfehlungen aussprechen und im weiteren Verlauf keine Kenntnis darüber erlangen, ob die Empfehlung von der Pflegekasse so umgesetzt wurde, ob sie zur Durchführung einer Maßnahme führte, ob diese erfolgreich beendet wurde und welche Effekte für den Einzelnen daraus entstanden sind (vgl. T3, Pos. 48; vgl. T2, Pos. 34; vgl. T7, Pos. 36; vgl. T4, Pos. 84). Das folgende Zitat verdeutlicht dies:

„Es ist auch so, dass die Empfehlungen, die wir aussprechen, nicht mit einer Leistungsgewährung gleichzusetzen sind. [...] Ansonsten jegliche Empfehlungen, die wir machen, ob es Heilmittel sind, ob es präventive Leistungen sind, sind Leistungen, die dann noch mal vom behandelnden Arzt zu prüfen sind, ob sie überhaupt erforderlich sind. Das liegt auch daran, dass wir ja nur in einer Momentaufnahme vor Ort sind. [...] Da sind die behandelnden Ärzte einfach ... die haben längerfristige Kontakte, können eine Beziehungsarbeit leisten, das ist uns natürlich nicht möglich. Deswegen können wir im Prinzip nicht nachvollziehen im Endeffekt, ob unsere Empfehlungen, die wir ausgesprochen haben, auch wirklich umgesetzt worden sind“ (T2, Pos. 54).

Damit ist keine Grundlage für die Evaluation der Präventionsempfehlungen vorhanden und eine Veränderung oder Verbesserung in der Vergabe von Empfehlungen kaum möglich.

(4) Potenziale und Förderfaktoren



Abb. 76: Übersicht zur Kategorie Potenziale und Förderfaktoren bei MDK-Gutachterinnen und Gutachtern

Zu den personenbezogenen Potenzialen für das Aussprechen einer Präventionsempfehlung gehört die Offenheit für Prävention nach Leistungsbewilligung (vgl. T3, Pos. 54):

„Ich habe jemanden mal mehrfach begutachtet, [...] am Anfang war das Zustand nach einem Schlaganfall mit einer ganz schlimmen Halbseitenlähmung. Der konnte nicht essen, nicht gehen. Beim ersten Mal hatten wir Pflegestufe drei, damals noch altes Recht. Der hat so an sich gearbeitet, hat so intensiv alles [mitgemacht], Therapien etc. Hinterher war der Pflegestufe eins, also ganz gering noch. Und der sagte: »Ich mache weiter, mein Ziel [ist], dass ich wieder Autofahren kann. Der Rollstuhl ist im Moment nur mein Begleiter, ich brauche den. Aber irgendwann sitze ich wieder im Auto und kann auch wieder essen.« [...] wir haben die ganzen Hilfsmittel hinterher abgegeben und ich habe mich immer so gefreut ihn zu sehen und er auch.

Und es war überhaupt kein Problem, dass er dann nicht mehr Pflegestufe drei war, im Gegenteil der war froh und der hat aber auch gewollt, der hat mitgemacht" (T5, Pos. 94).

Ein niedriger Pflegegrad (vgl. T3, Pos. 56; vgl. T5, Pos. 32; vgl. T2, Pos. 38) bzw. nur geringe funktionelle Einschränkungen (vgl. T7, Pos. 28) gehören ebenfalls zu den personenbezogenen Präventionspotenzialen. Zu diesen zählt auch die gute Information über Prävention und die Anwendung des Wissens auf die eigene Situation. Damit wird Handlungskompetenz erreicht (vgl. T7, Pos. 106; vgl. T3, Pos. 52). Die Reflexion des eigenen Handelns und die Übernahme von Verantwortung ebnen den Weg, Veränderungen herbeiführen zu können (vgl. T5, Pos. 94). Dabei spielt der Wille, die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme und die Compliance eine nicht unerhebliche Rolle für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen (vgl. T3, Pos. 88; vgl. T5, Pos. 94; vgl. T7, Pos. 75). Gruppentauglichkeit und Belastbarkeit sind ebenso unabdingbar für die erfolgreiche Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen (vgl. T4, Pos. 100; vgl. T3, Pos. 63).

Umweltbezogene Potenziale werden darin gesehen, dass das Umfeld über Wissen zu Prävention verfügt und dieses Wissen gemeinsam mit den Pflegebedürftigen teilt (vgl. T7, Pos. 18). Hier nehmen Eltern pflegebedürftiger Kinder eine besondere Rolle ein, denn sie sind in der Regel sehr gut informiert (vgl. T4, Pos. 26). Eine Deutungsmöglichkeit dafür ist, dass sie ihren Kindern das „Beste“ mit auf den Lebensweg geben wollen, auch weil diese einen Großteil ihres Lebens noch vor sich haben. Angehörige bergen ein großes Präventionspotenzial. Denn durch den vertrauensvollen Umgang, die Motivation, den Einfluss auf Alltagssituationen, die Unterstützung und die Anwendung ihres Wissens über Prävention sind sie unverzichtbar (vgl. T4, Pos. 102; vgl. T7, Pos. 44; vgl. T3, Pos. 58; vgl. T2, Pos. 152):

„Also das ist ein ganz bunter Strauß und deswegen müssen die pflegenden Angehörigen, die ganze Familie muss mit ins Boot, damit man wirklich Erfolg hat. Da muss auch das Thema Gesundheit – dafür muss ein Bewusstsein da sein“ (T5, Pos. 70).

Angehörige können zur Umsetzung von empfohlenen Präventionsmaßnahmen beitragen, indem sie den Transport zum Gruppenangebot organisieren oder selbst übernehmen. Durch das Kochen gesunder Gerichte und die Ermunterung zu regelmäßiger Bewegung und Beschäftigung tragen sie entscheidend zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alltag bei (vgl. T3, Pos. 58; vgl. T5, Pos. 79). Die Pflegeberatung durch die Pflegekasse stellt ein weiteres Potenzial dar (vgl. T7, Pos. 32). Über sie können Konkretisierungen der Präventionsmaßnahmen erfolgen, die im Rahmen einer Begutachtung nicht möglich sind.

Potenziale durch die Begutachtung eröffnen sich durch den Besuch in der Häuslichkeit und damit der Lebenswelt des pflegebedürftigen Menschen. Die Gutachterinnen und Gutachter können sich vor Ort einen Eindruck verschaffen und haben zudem die Möglichkeit, Informationen im direkten Kontakt einzuholen und Versorgungslücken oder -defizite aufzudecken (vgl. T4, Pos. 30; vgl. T2, Pos. 136). Dadurch wird eine Atmosphäre geschaffen, die Offenheit und Zugewandtheit fördert (vgl. T7, Pos. 90). Angehörige und weitere Akteure der Versorgung, z. B. die Pflegekasse (vgl. T7, Pos. 73), können so einbezogen werden (vgl. T2, Pos. 68). Der Dialog bietet Raum, Veränderung anzuregen:

„Das ist für mich so was auch, das zählt zu den Förderfaktoren, es muss einfach mehr offen darüber geredet werden, es muss mehr Information erfolgen, Beratung erfolgen, gerade Menschen, die älter werden, welche Chancen man überhaupt mit Prävention hat, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, um die Selbstständigkeit zu erhalten. Da muss einfach mehr gemacht werden. Weil wenn wir hinkommen, ist ja schon was passiert, da ist die Beeinträchtigung ja schon eingetreten. Wir kommen oft hin, da ist die Beeinträchtigung schon sehr weit fortgeschritten und wir kriegen oft die Rückmeldung: Ich habe ja gar nicht gewusst, dass es so was gibt oder was man machen könnte. Und da sehen wir, dass der Beratungsbedarf einfach sehr, sehr hoch ist“ (T2, Pos. 144).

Dieses Zitat verdeutlicht die großen Informationslücken im Bereich Prävention und die wenig ausgeprägte Gesundheitskompetenz bei einigen zu Begutachtenden. Wäre Letztere bereits in jüngeren Jahren ausgeprägter gewesen, hätte unter Umständen bereits der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindert werden können - hier liegen nach Ansicht der Interviewten gesellschaftlich betrachtet die größten Potenziale. Positiv zu werten ist, dass die Gutachterinnen und Gutachter die präventiven Handlungsmöglichkeiten bei bestehenden Einschränkungen der Pflegebedürftigen kennen und nutzen können (vgl. T4, Pos. 124).

(5) Herausforderungen und Barrieren



Abb. 77: Übersicht zur Kategorie Herausforderungen und Barrieren bei MDK-Gutachterinnen und -gutachtern

Zu den personenbezogenen Herausforderungen wird das fehlende Bewusstsein für Prävention gezählt. Ohne eigene Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit ist Übernahme von Verantwortung ein großes Hindernis für Prävention (vgl. T3, Pos. 68; vgl. T7, Pos. 28): „Wenn jemand zum Beispiel eine Erkrankung als Schicksal begreift, als etwas, was nicht änderbar ist, dann ist er auch nicht offen, wenn wir in das Gespräch gehen [zum] Thema Prävention“ (T7, Pos. 77). Die Fähigkeit, sein Handeln zu hinterfragen und kritisch zu reflektieren, ist ebenfalls Voraussetzung für Prävention (vgl. T5, Pos. 36). Doch die Verantwortung liegt nicht ausschließlich bei der pflegebedürftigen Person, sondern ist auch mit der gesellschaftlichen Perspektive und der damit einhergehenden Einstellung zu Gesundheit und Krankheit verbunden (vgl. T5, Pos. 36). Die Orientierung entlang von Defiziten anstatt an Ressourcen hat auch die Pflegebegutachtung jahrzehntelang geprägt (vgl. T5, Pos. 88; vgl. T4, Pos. 90):

„Dass aber gar nicht die Leistung im Vordergrund steht, so die Haltung, dass ein Pflegegrad nichts am Leid ändert - das hilft nur dazu, dass man sich die erforderlichen Hilfen gut einkaufen kann und [...] [die eigene] Situation [...] leichter organisieren kann, weil mir dadurch Mittel zur Verfügung gestellt werden, egal in welcher Form, als Pflegegeld oder als Pflegesachleistung. [...] das Interesse muss [...] ja sein, möglichst viel Lebensqualität zu bekommen und möglichst unabhängig und selbstständig zu sein.“ (T5, Pos. 50).

Hinzu kommt der Aspekt, dass die Begutachtung vorrangig zum Ziel hat, den Leistungsbedarf in den Bereichen entlang der funktionellen Einschränkungen festzustellen und mit der Erteilung eines Pflegegrads auch Leistungen zu bewilligen. Dieser Aspekt sorgt dafür, dass zu Begutachtende nicht die Offenheit für Prävention besitzen, da sie sich vorrangig für die Pflegegraderteilung interessieren: „Das ist aber nicht die Intention der Menschen, die den Antrag stellen, die ist eine andere, die wollen was rauskriegen“ (T4, Pos. 100). Damit einher geht die fehlende Bereitschaft für Veränderung. Die zu Begutachtenden ergeben sich ihrer Rolle als Pflegebedürftige und nehmen damit auch eine passive Haltung gegenüber sich selbst und ihrer Gesundheit/Krankheit ein (vgl. T5, Pos. 38; vgl. T4, Pos. 90; vgl. T3, Pos. 26).

Weisen die zu Begutachtenden einen hohen Pflegegrad bzw. schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit auf (körperlich und kognitiv), werden seltener Präventionsempfehlungen ausgesprochen (vgl. T4, Pos. 96; vgl. T3, Pos. 54). Dann stehen überwiegend therapeutische/kurative Maßnahmen im Vordergrund (vgl. T3, Pos. 94). Umfangreiche funktionale Einschränkungen beschränken die Möglichkeiten der Umsetzung von Präventionsempfehlungen, aber dies ist hauptsächlich der Barriere „nur Gruppenangebote“ geschuldet. Mangelnde Belastbarkeit, fehlende Gruppentauglichkeit sowie Probleme beim Verlassen der Wohnung stellen die größten Hindernisse dar (vgl. T4, Pos. 66): „Also wenn sie jemanden haben, so auch in höheren Pflegegraden, der schon während der Begutachtung einschläft, dem das alles viel zu viel ist“ (T3, Pos. 56). Weitere Barrieren sind fehlende Informationen, mangelndes Wissen über Prävention, dessen Wichtigkeit und positive Auswirkungen bei den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (vgl. T5, Pos. 46, 62):

„Ja, die sind auch überhaupt nicht über Präventionsmaßnahmen informiert, Menschen im ambulanten Bereich - im stationären Bereich auch nicht - da ist es eher das Personal, was das weiß, kennt oder auch nicht kennt“ (T4, Pos. 24).

Männliche pflegebedürftige Personen sind Präventionsmaßnahmen gegenüber weniger aufgeschlossen als Frauen, daher sind Männer in den Präventionskursen auch nur vereinzelt zu finden (vgl. T3, Pos. 108, 110).

Zu den umweltbezogenen Herausforderungen gehören u. a. infrastrukturelle Hindernisse (vgl. T3, Pos. 82; vgl. T5, Pos. 82; vgl. T4, Pos. 66):

„Auf den Dörfern ist das ein großes Problem, da ist nicht mehr sehr viel und wenn es Angebote gibt, dann steht da immer die Frage: »Ja und wie komme ich dahin? Ich habe keinen Fahrer, nein sowas will ich alles nicht, kommen Sie mir gar nicht damit, die Kinder will ich nicht noch mehr belasten, [...] brauchen Sie gar nicht empfehlen, will ich nicht« (T3, Pos. 36).

Die unzureichende Nähe zu einem öffentlichen Verkehrsnetz, seltene Takte und der nur mit Unterstützung zu bewältigende Weg sind Aspekte, die sich für die Möglichkeit der Teilnahme an Präventionsangeboten als sehr hinderlich erweisen können. Auch durch Angehörige kann die Erreichbarkeit der Pflegebedürftigen für Prävention eingeschränkt sein. Dies kann vielfältige Ursachen haben. Es kann zum Beispiel an der Einstellung der Angehörigen liegen (vgl. T3, Pos. 82; vgl. T4, Pos. 128; vgl. T5, Pos. 44): „Wenn die dagegen arbeiten, wenn die sagen: »Rollatorentaining bringt nichts.« dann wird der Betroffene das in den seltensten Fällen umsetzen“ (T5, Pos. 62). Mangelndes Wissen über Prävention (vgl. T2, Pos. 46) oder zeitlich knappe Ressourcen der Angehörigen wirken ebenfalls hinderlich auf die Umsetzung der Präventionsempfehlungen: „[...] und dann immer auch wieder die Frage: »Und wer soll sich darum kümmern? Ich bin berufstätig, ich kann das nicht«“ (T3, Pos. 102). Auch mangelndes Vertrauen in die Fähigkeiten der zu Pflegenden verhindert, dass die Bedürftigen für das Präventionsangebot erreicht werden:

„[...] da wird häufig wirklich gesagt: »Nein das kann er doch nicht.« [...], wenn man dann sagt: »Na Mensch, haben Sie schon mal darüber [nachgedacht?] [...]«, »Nein das kann er doch nicht, das kann der auf keinen Fall«“ (T4, Pos. 128).

Doch auch eine gute und fürsorgliche familiäre Pflege birgt Risiken. Denn entlastende Dienste fördern Unselbstständigkeit und fehlende Aufgaben führen zu Unterforderung (vgl. T3, Pos. 32). Es fehlt eine Beschäftigung, um sich wichtig und gebraucht zu fühlen, eine Aufgabe, der nachgegangen werden kann trotz Pflegebedürftigkeit. Unterforderung und „Behütung“ des zu Pflegenden bergen das Risiko der sozialen Verarmung, einer kognitiv nachlassenden Leistung und fehlender körperlichen Bewegung, was wiederum zu einem ansteigenden Depressionsrisiko führen kann. Unzureichende Interventionen durch andere Akteure tragen dazu bei, dass gesundheitsschädigendes Verhalten unterstützt und Prävention vernachlässigt wird (vgl. T5, Pos. 64):

„[...] Ich [habe] mal einen jungen Mann, ich schätze mal der war so 20 bis 25 Jahre [...], begutachtet, der war so adipös [...] 350 kg [...]. Der war natürlich inzwischen vollständig bettlägerig, der war die höchste Pflegestufe, den konnte man wirklich

nur noch mit zwei Pflegepersonen versorgen, war aber geistig klar und lebte dort in seinem Zimmerchen mit seiner Mutter. Und das Einzige, was sie immer gemacht hat war den Jungen mit viel Essen zu versorgen, weil was hat er noch? [...] Der war schon immer etwas übergewichtig, schon in frühester Kindheit hätte man eigentlich Bewegung machen müssen, Ernährungsreduktion. Das war nicht krankhaft, das war wirklich durch Essen. [...] Die lebte da mit ihrem Sohn und die sagte mir auch ganz klar: »Der wird da mal tot rausgetragen, weil es geht ja gar nichts mehr.« Und ich meine wir reden hier über einen 20- bis 25-jährigen Mensch, also einen ganz jungen und das hat mich so sprachlos gemacht. [...] und da hat eigentlich das Gesundheitssystem versagt, weil der Hausarzt hätte auch mal frühzeitig intervenieren müssen“ (T5, Pos. 62-63).

Dieses extreme Beispiel zeigt, dass auch die Hausärztinnen und Hausärzte Einfluss auf das Wissen über Prävention sowie das entsprechende Verhalten haben (vgl. T4, Pos. 60) und mit ihren Entscheidungen durchaus hemmenden Einfluss nehmen können, wie auch dieses Zitat verdeutlicht: „Der Arzt ist dann manchmal sauer, wenn der Versicherte dann mit unseren Empfehlungen kommt, die dann natürlich erstmal vom Hausarzt überdacht werden müssen“ (T3, Pos. 72). Die ineinandergreifende Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung fehlt an dieser Stelle.

Begutachtungsbezogene Herausforderungen und Grenzen beginnen bei den Einstellungen der Gutachterinnen und Gutachter zu Prävention. Die veraltete Denkweise, dass Prävention im Alter keinen Sinn mehr habe, nimmt noch immer Raum ein (vgl. T4, Pos. 140). Dennoch muss in einem Gutachten beides geleistet werden, der Blick auf die funktionellen Einschränkungen und der Blick auf die Ressourcen und damit auch auf mögliche Präventionspotenziale. Diese durchaus auch langfristige Bedarfseinschätzung ist keine leichte Aufgabe:

„Wir holen mal ein anderes Beispiel: Jemand, der noch mit einer Orthese oder mit einem Gips versorgt ist, eine Fraktur, der im Moment noch eingeschränkt ist, aber es ist ja absehbar, dass dieser Gipsverband, diese Orthese nicht auf Dauer getragen wird. Dann berücksichtigen wir trotzdem den Dauerbedarf. Das heißt nicht das Aktuelle, nicht den Gipsverband, nicht die Orthese, sondern das, was potenziell möglich wäre. Ist halt immer mal ein bisschen schwierig, weil wir sagen immer: Unsere Glas-kugel ist kaputt. Wir wissen natürlich nicht, was in vier Wochen passiert, was in zwei Tagen passiert. Gibt es noch mal einen neuen Sturz, sieht die Welt wahrscheinlich schon wieder ganz anders aus, aber das wissen wir natürlich nicht. Wir können es halt eben nur fachlich einschätzen“ (T2, Pos. 100).

Zur fachlichen Einschätzung ist ein umfassender Blick in die medizinischen Unterlagen erforderlich, die Aufschluss über die Krankengeschichte, die Inanspruchnahme von

Gesundheitsdienstleistungen und erforderliche Versorgungsstrukturen bieten. Diese stehen nicht immer zur Verfügung und die Auskünfte der zu Begutachtenden können nur bedingt als Grundlage für die Einschätzung des Präventionsbedarfs gesehen werden. Oft fehlen auch Beteiligte des Versorgungsprozesses mit intensiverer Kenntnis der pflegebedürftigen Person, die Auskunft geben könnten (vgl. T4, Pos. 114; vgl. T3, Pos. 22), wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Wir gehen ganz häufig in den Hausbesuch und wissen nicht, was uns hinter der Haustür erwartet, weil wir keinerlei Informationen haben. Wir haben keine Entlassungsberichte, in den Auftragsunterlagen der Kasse steht überhaupt gar nichts zu den Erkrankungen. Der Patient kann uns sagen: Ich habe was mit der Lunge, mit dem Herz oder sonstiges. Aber so ganz genau, warum er welche Medikamente nimmt, weiß er das auch nicht. Dann können wir zwar hier als präventive Maßnahme anregen, dass die Medikation bei Multimedikation überprüft werden soll, aber ob das dann geschieht, wissen wir halt eben auch nicht“ (T2, Pos 134).

Gutachterinnen und Gutachter erlangen demnach keine Kenntnis darüber, ob sie mit ihrer Empfehlung etwas bewirken konnten, geschweige denn, ob eine entsprechende Maßnahme zur Behebung des Umstands eingeleitet wurde (siehe auch Kategorie Präventionsempfehlungen). Die Grenzen liegen auch im Verfahren selbst. Gutachterinnen und Gutachter dürfen keine konkreten Präventionsangebote oder Leistungserbringer benennen, da dies nicht in ihren Aufgabenbereich fällt. Ihre Präventionsempfehlungen und der lange Weg bis zur Umsetzung begünstigen eine nachlassende Motivation bei den pflegebedürftigen Personen (vgl. T5, Pos. 62):

„Wir können aber zum Beispiel nicht vorschreiben, welcher Pflegedienst jetzt kommen soll. Wir können nur sagen: »Es gibt die Möglichkeiten - Rückenschule teilnehmen oder andere Angebote. Wenden Sie sich an Ihre Pflegekasse, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse, wenden Sie sich an die Pflegeberatung.« Und schon wieder sind es so viele [Informationen] und dann verpufft es manchmal.“ (T3, Pos. 92).

Knappe zeitliche Kapazitäten bestimmen die Begutachtung (vgl. T4, Pos. 120; vgl. T5, Pos. 62; vgl. T2, Pos. 54, 142). Denn innerhalb eines Gutachtens müssen Informationen gesichtet, die Pflegebedürftigkeit eingeschätzt, Ressourcen festgestellt sowie ein einfühlbarer Zugang gefunden werden, um auch heikle Themen ansprechen zu können (vgl. T2, Pos. 132). Information und Aufklärung über Prävention muss stattfinden und Angehörige sollten in die Beratung einbezogen werden. Oftmals kann in dieser knappen Zeit keine Vertrauensbasis aufgebaut werden, die den Zugang zu den zu Begutachtenden ermöglicht (vgl. T7, Pos. 104):

„Wir sind aber ja Fremde in diesem Haushalt, wir kommen ja nur einmal, sage ich jetzt mal, und dann sehr, sehr schwierige Themen anzusprechen, das muss schon in die Situation passen“ (T2, Pos. 132).

Zeitknappheit und eine fehlende Vertrauensbasis begünstigen Konfliktpotenzial durch unterschiedliche Sichtweisen auf Prävention (vgl. T7, Pos. 30; vgl. T4, Pos. 22). Dieser Aspekt wurde in der Subkategorie personenbezogene Herausforderungen beleuchtet.

(6) Wünsche



Abb. 78: Übersicht zu Wünschen der MDK-Gutachterinnen und Gutachter

Diese Kategorie entstand aus einer Frage aus dem Leitfaden, in der die MDK-Gutachterinnen und Gutachter gefragt wurden, was sie sich für ihre Arbeit wünschen. Sie bot die Möglichkeit, ganz frei und offen Vorstellungen zu äußern. Demzufolge waren auch die Antworten ganz unterschiedlicher Natur.

Ein größeres zeitliches Kontingent wird gewünscht, um in der Begutachtung zufriedener mit sich selbst sein und auch umfassender beraten zu können (vgl. T4, Pos. 130; vgl. T3, Pos. 112). Von mehreren Interviewten wird eine Rückmeldung zu den vorgeschlagenen Präventionsempfehlungen gewünscht, um u. a. auch die eigene Arbeit reflektieren und evaluieren zu können (vgl. T7, Pos. 118).

„Für uns wäre es, wenn wir einen Wunsch frei hätten, dann wäre es oftmals der Wunsch, dass wir eine Rückmeldung bekommen, wie viel von unseren Empfehlungen überhaupt umgesetzt worden sind, wo es zu Erfolgen geführt hat. Das wäre für uns ganz wichtig, damit wir auch erkennen können: Ist das, was wir tun, ausreichend? Müssen wir uns verbessern? Gibt es auch Schwierigkeiten [...] mit unseren Empfehlungen? [...] Wie viele Empfehlungen aus dem Pflegegutachten haben tatsächlich nachher zu einer Umsetzung geführt? Das wäre das, was unsere Arbeit sehr, sehr bereichern würde“ (T2, Pos. 156).

Präventionsempfehlungen sollten auch für individuelle Maßnahmen im häuslichen Bereich gegeben werden können (statt ausschließlich Gruppenangebote). Die Präventionsmaßnahme könnte passgenau auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person ausgerichtet und an den Wohnraum und das direkte Umfeld angepasst werden (vgl. T2, Pos. 22). Ein anderer Wunsch betrifft eine enger abgestimmte Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, die an der Versorgung beteiligt sind (vgl. T3, pos. 114). Eine größere Einbindung der Thematik Prävention in die pflegerische Ausbildung sowie eine Stärkung des öffentlichen Verständnisses für den pflegerischen Beruf mit den Stichworten Pflege- und Gesundheitskompetenz ist ebenfalls auf der Wunschliste (vgl. T5, Pos. 98).

7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews

Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Personen im ambulanten Setting werden von beiden Interviewgruppen als sehr relevant eingestuft. Der Stellenwert von Prävention im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft jedoch wird derzeit als noch nicht ausreichend bzw. gering eingeschätzt.

Insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflegedienste haben sehr heterogene Vorstellungen von Prävention und Präventionsmaßnahmen. Unter diesem Begriff werden sowohl alltägliches pflegefachliches Handeln (aktivierende Pflege, Prophylaxen, Einschätzung pflegerischer Risiken) als auch gesonderte Programme der Krankenkassen zur Bewegungsförderung subsummiert. Mehrfach wurde auch die unzureichende Fachlichkeit bei jüngeren Pflegefachkräften angesprochen.

Nach Ansicht aller Interviewten existieren bei pflegebedürftigen Personen vielfältige Präventionspotenziale, die personenbezogen und umweltbezogen (in den unterschiedlichen Settings ambulant und Tagespflege) zu finden sind oder sich aus der Begutachtungssituation ergeben. Dem gegenüber stehen viele Faktoren, die sich hemmend oder fördernd auf die Akzeptanz und die Durchführung von Präventionsmaßnahmen sowie auf

den Zugang zu Prävention auswirken. Sehr prominent wurden eine oft geringe Gesundheitskompetenz bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie mangelnde Ressourcen für gezielte Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention (zeitlich, finanziell und bezogen auf Personalmangel) benannt.

Beide Interviewgruppen betonen, dass es keine klar abgrenzbaren Zielgruppen gibt, die sich hinsichtlich ihrer Präventionspotenziale unterscheiden, sondern dass immer individuell geprüft werden muss, wo ggf. Ansatzpunkte liegen. Das bedeutet letztlich auch, dass Präventionspotenziale prinzipiell bei jeder pflegebedürftigen Person („vom Kindesalter bis zur palliativen Pflege“) zu finden sind, die sich jedoch in Art und Umfang deutlich unterscheiden. Inwieweit diese Potenziale jeweils aktiviert werden können, hängt von vielen weiteren personen- und umwelt- sowie gesundheitssystembezogenen Faktoren ab.

Zur Ermittlung von individuellen Präventionspotenzialen und -bedarfen werden in Pflegediensten bisher kaum standardisierte Assessment-Instrumente eingesetzt. Im Rahmen des täglichen professionellen pflegefachlichen Handelns wird die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen weitgehend mittels aktivierender Pflege gefördert. Personalmangel, Zeitdruck und die aus Gründen der Vergütungslogik immer noch stark verrichtungsorientierte Leistungserbringung in der ambulanten Pflege ermöglichen es jedoch nicht, die Potenziale der aktivierenden Pflege voll auszuschöpfen. Gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention beschränken sich auf wenige Beratungsleistungen. Einige Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflegedienste benennen zusätzlich kassenfinanzierte Präventionsprogramme zur Sturzprävention, die in einigen Regionen in das ambulante Setting eingebunden werden können. Vereinzelt bieten Pflegedienste auch gesonderte Aktivierungen bzw. Trainings an und setzen therapeutisch ausgebildetes Personal ein – eine Refinanzierung dieser Leistungen aus Mitteln der Pflegeversicherung sei jedoch nicht möglich.

Das Tagespflegesetting hingegen bietet ein viel größeres Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention und kann aufgrund der vielfältigen Wirkungen auf Psyche und Mobilität insgesamt als „Präventionsmaßnahme“ bezeichnet werden. Präventionsprogramme, die dort darüber hinaus gezielt umgesetzt werden, beziehen sich auf die Förderung der körperlichen Aktivität und Sturzprävention sowie die Beschäftigung und Förderung der kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz.

Die Präventionsempfehlungen durch die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter werden an den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls ausgerichtet. Auch hier ist eine Vielzahl von Faktoren entscheidend, ob eine Empfehlung ausgesprochen wird oder nicht. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass sich Präventionsempfehlungen am Spektrum des Maßnahmenangebots gem. Leitfadens Prävention orientieren müssen, das darüber hinaus auf Gruppenangebote beschränkt ist.

Das Ansprechen von Präventionsempfehlungen im Zuge der Begutachtung erscheint nicht immer möglich und geht in vielen Fällen auch mit Ablehnung durch die Pflegebedürftigen einher, da sie in dieser Situation den Fokus auf die Bewilligung ihres Leistungsanspruchs richten. Alle Gutachterinnen und Gutachter haben schon einmal Empfehlungen im Bereich Mobilität und körperliche Aktivität ausgesprochen sowie zur Förderung der Kognition. Empfehlungen, die primär auf Verhaltensänderungen ausgerichtet sind, werden als schwierig angesehen. Ein fehlender Rücklauf zu den Präventionsempfehlungen erschwert die Überprüfung der eigenen Arbeit und verhindert Verbesserungen, da nicht evaluiert werden kann.

Die Wünsche der Interviewten richten sich auf mehr kompetentes und engagiertes Pflegepersonal und mehr zeitliche Kontingente für die Motivation der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen sowie zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Die große Bedeutung von Betreuungsfachkräften für das ambulante Setting sollte sich auch finanziell niederschlagen. Präventionsmaßnahmen sollten auch individuell zu Hause stattfinden können - statt nur in der Gruppe außerhalb des häuslichen Settings. Weiterhin halten die Interviewten einen Wandel der gesellschaftlichen Einstellung zu Gesundheitsförderung und Prävention für erforderlich - diese muss bereits im Kindesalter und über das gesamte Leben hinweg einen deutlich höheren Stellenwert erhalten und alle Akteure des Gesundheitswesens sollten um die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention auch für ältere und hochbetagte Menschen wissen.

Es wird deutlich, dass die ambulanten Pflegedienste nach Unterstützung suchen, um mehr Präventionsleistungen erbringen zu können und diese nachhaltig zu gestalten. Das Interesse ist vorhanden und auch die Motivation, doch es fehlt an den Rahmenbedingungen zur Umsetzung.

Angehörige werden im ambulanten Setting als essenziell für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen gesehen, ebenso weitere, an der Versorgung beteiligte Akteure. Dies bedeutet, dass sie nicht nur in die Planung der präventiven Maßnahmen einbezogen werden müssen, sondern auch in die Durchführung. Kooperieren pflegende Angehörige nicht, wird die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sehr schwierig.

7.7 Limitationen

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte nach dem Gatekeeper-Prinzip, was die Offenheit beim Sampling einschränkt. Die Interviewten meldeten sich alle freiwillig und mit Interesse an der Thematik. Insofern gab es auch keine ausgeprägte Kri-

tik bezüglich eines hohen Stellenwertes von Gesundheitsförderung und Prävention bei pflegebedürftigen Personen.

Nur ein Interview wurde persönlich vor Ort beim Pflegedienst geführt. Die anderen Interviews erfolgten telefonisch, was die Reaktion der Interviewerin auf die Interviewten ebenfalls einschränkt, da sich mimische und gestische Ausdrucksweisen der Wahrnehmung entzogen. Auch war nur ein Interviewpartner im Setting Tagespflege tätig.

Die Transkription der Interviews erfolgte nach Standardorthographie. Die damit im Zusammenhang stehende sprachliche Bereinigung lässt keine Rückschlüsse auf die Herkunft oder andere sprachliche Besonderheiten zu. Die Codierung der Textstellen erfolgte nicht kreuzvalidierend. Es wurde keine Forschungswerkstatt zur Analyse des Datmaterials hinzugezogen. Somit konnten keine weiteren Deutungsmöglichkeiten in die Analyse des Materials einfließen.

Im Rahmen der qualitativen Datenerhebung wurden keine Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe - zu Hause versorgte Personen mit Pflegebedarf - geführt. Dadurch ist die Sichtweise auf das Thema beschränkt auf eine professionelle Perspektive. Zur Ermittlung der Einstellungen und Präferenzen von Personen mit Pflegebedarf im ambulanten Setting zur Thematik Gesundheitsförderung und Prävention hätten jedoch angesichts der Vielfalt der Problem- und Lebenslagen einzelne Interviews keine ausreichende Aussagekraft gehabt. Da sich auch die verhältnisbezogenen Förderfaktoren und Barrieren als sehr bedeutend herausgestellt haben, ist eine intensivere Betrachtung der Lebenswelt der einzelnen Pflegebedürftigen erforderlich. Dies schließt auch die Auseinandersetzung mit der Gruppe der pflegenden Angehörigen ein. Dies systematisch zu eruieren, war im Rahmen dieser Studie nicht möglich und bedarf einer gesonderten Untersuchung.

Erkenntnisse
zu Präventions-
potenzialen aus
qualitativen
Interviews

8 Erkenntnisse zu Zielgruppen mit Blick auf Präventionsbedarfe von pflegebedürftigen Personen

Erkenntnisse zu Zielgruppen mit Blick auf Präventionsbedarfe von pflegebedürftigen Personen

Ein Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war die Annahme, dass sich bei den zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen unterschiedliche Zielgruppen identifizieren lassen (z. B. nach Alter oder Erkrankung oder Art der Beeinträchtigung etc.), die sich hinsichtlich ihres Präventionspotenzials bzw. -bedarfs eindeutig unterscheiden. Solche Zielgruppen konnten weder anhand der Literaturanalyse noch auf Basis der MDK-Begutachtungsdaten oder der Interviews gefunden werden. Im Expertenworkshop wurde dieses Ergebnis von den Teilnehmenden bestätigt.

Die Erkenntnisse weisen darauf hin, dass es bis ins hohe Alter Potenziale zur Gesundheitsförderung und Prävention gibt, die auch nicht mit zunehmendem Alter sinken, und dass diese nur zu einem geringen Teil mit den zugrunde liegenden Erkrankungen assoziiert sind. Auch die Art der im Vordergrund stehenden funktionalen Beeinträchtigung hat, wie anhand der MDK-Daten gezeigt werden konnte, keinen maßgeblichen Einfluss. Ebenso stellen hohe Pflegegrade nicht a priori ein Hindernis für Präventionsmaßnahmen dar.

Das große Spektrum der im Verlaufe eines Lebens erworbenen Ressourcen und Risiken im Zusammenspiel mit den unterschiedlichen Lebensstilen und Umweltbedingungen der pflegebedürftigen Personen macht bei der Identifizierung der individuellen Bedarfe und der Auswahl von geeigneten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, wie auch in der Pflege, einen personenzentrierten Ansatz (Kitwood 1997) erforderlich. Im Kern bedeutet personenzentriertes Arbeiten, Lösungen mit den betroffenen Menschen zu suchen und nicht für sie. „Der personenzentrierte Ansatz arbeitet nicht mit Deutungen und theoretischen Erklärungen, sondern mit dem Bestreben, sich in die Welt anderer Menschen einzufühlen und sie aus ihrer Sichtweise heraus zu begreifen“ (Pörtner 2005).

Am Anfang steht daher zunächst das „Verstehen“ der pflegebedürftigen Person: Welche persönlichen Eigenarten, Wertvorstellungen und Wünsche hat der Mensch und welche Handlungsmöglichkeiten hat er angesichts seiner gesundheitlichen und sozialen Lage und seines Wohnumfeldes? Dieses belastbar zu eruieren und mit den Betroffenen und ihren Angehörigen gemeinsam einen für sie gangbaren Weg zur Stärkung der Selbstständigkeit zu finden, erfordert Zeit, Vertrauen und Fachkompetenz und ist nicht im Rahmen einer Pflegebegutachtung möglich.

Mit Blick auf mögliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention gilt es, ausgehend von dem Ziel, das mit der betroffenen Person gemeinsam definiert wurde, zunächst zu ermitteln (ggf. mit geeigneten Assessment-Instrumenten), wo die entsprechenden Hemmnisse oder Defizite liegen (person- oder umweltbezogen oder beides) und welche Fähigkeiten zu deren Überwindung gezielt trainiert werden müssen, oder ob es andere Wege zum Ziel gibt. Je nach zu stärkender Körperfunktion oder zu überwindender Problemlage gibt es unterschiedliche Ansatzpunkte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (siehe Kapitel 10, ab S. 198). Im folgenden Abschnitt werden zunächst geeignete Assessments vorgestellt.

9 Assessment-Instrumente zur Einschätzung des Präventionsbedarfs

Assessments bilden die „Grundlage für die evidenzbasierte Praxis“ (Spirig et al. 2007, S. 182). Ein Assessment ist zunächst allgemein ein Prozess mit dem Ziel der umfassenden Einschätzung einer Person oder Situation als Basis für fundierte Entscheidungen. Ausführliche Assessments bestehen aus einer Befragung, körperlichen Untersuchung, Labor- und weiteren Untersuchungen und der Verwendung von Instrumenten für eine vertiefte Eruierung (Spirig et al. 2007, S. 182).

Pflegeassessments werden nach Isfort und Weidner als strukturierte und kriterienbasierte Erhebungsverfahren zur nachvollziehbaren Einschätzung eines Patienten-zustandes, zur Ermittlung des Hilfebedarfs und der damit in Zusammenhang stehenden erforderlichen Unterstützung definiert (Isfort/Weidner 2001, S. 52).

Zur Durchführung eines Assessments können unterschiedliche Hilfsmittel – Instrumente – zum Einsatz kommen, die mehr oder weniger standardisiert oder nur strukturiert sind. Bartholomeyczik konstatierte, dass im deutschsprachigen Raum der Begriff „Assessment“ oft synonym für weitgehend standardisierte Assessment-Instrumente genutzt wird (Bartholomeyczik 2009, S. 14). Assessment-Instrumente „sollen dazu beitragen, pflege-relevante Phänomene strukturiert und eindeutig zu erfassen“ (ebd., S. 15).

Der Ansatz eines standardisierten Assessment-Instruments ist es, Erkenntnisse so weit wie möglich zu objektivieren, Transparenz herzustellen, Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit zu sichern. Standardisierte Instrumente sind Skalen, Indizes oder Tests. Standardisierte Instrumente sind in der Regel methodisch geprüft und unterliegen wissenschaftlichen Gütekriterien, wie z. B. der Reliabilität und Validität (ebd., S. 17).

Nachfolgend werden für acht Bereiche, die bei Pflegebedürftigkeit relevant sind bzw. häufige Problemlagen erfassen, strukturierte und standardisierte Assessment-Instrumente vorgestellt, die zur Einschätzung von Potenzialen und Präventionsbedarfen pflegebedürftiger Personen geeignet sind und im Rahmen relevanter Studien (siehe auch Anhang A1-A2) Anwendung fanden. Die acht Bereiche sind:

- Kognition
- Körperliche Aktivität
- Ernährung
- Selbstversorgung
- Psychische Problemlagen
- Gesundheitskompetenz
- Gewalt und herausforderndes Verhalten
- Suchtverhalten

Im Fokus steht dabei vor allem die Praktikabilität der Assessments im Pflegealltag, d. h. sie sollten von Pflegefachkräften und auch in der Häuslichkeit bei den pflegebedürftigen

Assessment-
Instrumente zur
Einschätzung des
Präventionsbedarfs

Personen durchgeführt werden können. Die gefundenen Instrumente werden strukturiert dargestellt. Aussagen zu folgenden Aspekte wurden jeweils recherchiert:

- Qualifikationsanforderung an die Anwenderin bzw. den Anwender (möglichst Anwendbarkeit durch Pflegefachkraft und einfache Anwendung)
- Geringe zeitliche Dauer
- Freie Verfügbarkeit, ohne Kosten
- Ggf. Übersetzung in die deutsche Sprache
- Durchführung in der Häuslichkeit möglich
- Es wird jeweils ein Instrument pro Bereich als besonders geeignet für den praktischen Pflegealltag gekennzeichnet (hellroter Hintergrund). Dieses wird anschließend näher vorgestellt. Auswahlkriterien waren freie Verfügbarkeit, die Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte sowie eine möglichst einfache Handhabbarkeit.

9.1 Kognition

Instrument		Anwendung	Durchführung
MMSE	Mini Mental Status Test	Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Personen	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, „qualifizierte Helfende“ • Dauer: 10-15 min • Deutsche Version • Frei verfügbar
DemTect		Erkennung und Beschreibung geistiger Beeinträchtigungen, eignet sich zur Verlaufskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Geschultes Personal, auch Arzthelferin/Arzthelfer • Dauer: 8-10 min • Deutsche Version • Frei verfügbar
NPI-Q	Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, Kurzform des NPI	Ermittlung von Verhalten und psychologischen Symptomen einer Demenz im klinischen Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte, geschultes medizinisches Personal • Interview mit der/dem pflegenden Angehörigen • Dauer: 7 min • Deutsche Version • Frei verfügbar
DRS	Dementia Rating Scale	Messung des kognitiven Status und Beurteilung von Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer: 15-30 min • Keine Übersetzung verfügbar, nur vom CDR (klinisches Setting)

Abb. 79: Assessment-Instrumente zur Einschätzung der Kognition

Der Mini Mental Status Test (MMST) oder Mini Mental Status Examination (MMSE) ist ein Instrument zur Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Personen und geht auf Folstein et al. 1975 zurück. Im Rahmen eines strukturierten Interviews werden Handlungsaufgaben sowie praxisnahe Fragen gestellt, die im Regelfall für nicht beeinträchtigte Per-

sonen leicht beantwortbar sind, von Personen mit kognitiver Einschränkung dagegen nur zum Teil bewältigt werden können. Die Ermittlung der kognitiven Aspekte - wie Orientierung, Aufnahmefähigkeit, Sprache, Gedächtnis, Rechnen, Lesen, Schreiben, Ausführung einer Anweisung und das Nachzeichnen einer geometrischen Figur - erfolgt ohne die Abbildung emotionaler Aspekte. In der Auswertung werden alle Punkte addiert. Daraus ergibt sich der Grad der vorliegenden kognitiven Beeinträchtigung (Folstein et al. 1975).

Der Test findet Anwendung als Ergänzung zur neuropsychologischen Testung. Der MMSE ist ein gängiges Instrument, das zur Erstbeurteilung und zur Verlaufskontrolle angewendet werden kann. Es können 0 bis 1 Punkte pro Aufgabe vergeben werden bei insgesamt 30 Aufgaben, was eine Maximalpunktzahl von 30 Punkten erlaubt. Eine hohe Punktzahl bedeutet, dass keine Demenz vorliegt. Werden weniger als 9 Punkte erreicht, so kann von einer schweren Demenz gesprochen werden. Für die Durchführung des Tests ist eine störungsfreie Atmosphäre unabdingbar. Auch Einschränkungen wie Seh- und Hörbehinderungen, Schmerzen oder Scham bzw. Scheu bedürfen der Beachtung bei der Auswertung. Die Abgrenzung zur Depression sollte ebenfalls geprüft werden (Boes 2017, S. 22).

Im Vergleich zum MMSE bietet der MoCa-Test (Montreal Cognitive Assessment) eine deutlich höhere Sensitivität, was das Erkennen milder kognitiver Störungen ermöglicht (Nasreddine et al. 2005). Die Anwendung des Tests ist bisher im deutschsprachigen Raum nicht validiert, daher wurde von der Empfehlung dieses Tests abgesehen. Um den Test kostenfrei zu erhalten, ist eine Registrierung notwendig. Dies könnte ein Hindernis für die praktische Anwendung darstellen.

9.2 Körperliche Aktivität

Instrument		Anwendung	Durchführung
Verschiedene Instrumente zur Erfassung des Sturzrisikos	<ul style="list-style-type: none"> • Morse Fall Scale • Fall Risk Assessment Tool • Selbsttest Sturzgefahr (Hamburg) 	Erfassung des Sturzrisikos, im Expertenstandard Sturzprophylaxe wird kein Instrument zur Einschätzung des Risikos empfohlen (vgl. DNQP 2013: S. 220)	
TUG	Timed-Up-and-Go-Test	Auskunft über alltagsrelevante Einschränkungen der Beweglichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne besondere fachliche Qualifikation • Dauer: 5 Minuten • Einfach, ohne Hilfsmittel
SPPB	Short Performance Physical Battery	Aussagen über das Gleichgewicht, Gehgeschwindigkeit und die Beinkraft anhand von 3 Tests	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne besondere fachliche Qualifikation • Dauer: 5-10 Minuten • Einfach, Materialien: Maßband Stoppuhr • Deutsche Version • Frei verfügbar
Greifkraftmessung		Messung der Handgriffstärke	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne besondere fachliche Qualifikation • Einfach • Material: Dynamometer
Chair-Rise-Test		Bewegung von der sitzenden in die stehende Position, Bewertung der Beinkraft	<ul style="list-style-type: none"> • Ohne besondere fachliche Qualifikation • Einfache Durchführung

Abb. 80: Assessment-Instrumente zur Einschätzung körperlicher Aktivität

Mit dem SPPB können die drei wichtigsten Mobilitätskriterien erfasst werden: Kraft, Gleichgewicht und Gehgeschwindigkeit. Er besteht aus verschiedenen Testkomponenten: einem Balancetest, der Testung der Gehgeschwindigkeit und dem Chair-Rise-Test (Guralnik et al. 1994). Ermittelt wird die Zeit, in der die Testperson so schnell wie möglich fünfmal hintereinander ohne Abstützen der Arme komplett aufstehen und sich wieder hinsetzen kann. Werden mehr als elf Sekunden benötigt, ist eine Gangunsicherheit anzunehmen. Je langsamer eine Übung durchgeführt werden kann, umso eingeschränkter ist die Person. Der SPPB kann nur mit Personen durchgeführt werden, die frei stehen und selbst gehen können. Ein weiterer Aspekt ist der Gehgeschwindigkeitstest, der nur bedingt in der Häuslichkeit durchführbar ist, da eine freie Strecke von mindestens 3,6 Meter vorhanden sein muss (Schleuter/Röhrig 2004).

9.3 Frailty

Frailty kann mittels zweier Techniken zuverlässig eingeschätzt werden. Dabei unterscheidet man physisch-phänotypische Ansätze und Defizit-Akkumulationsmodelle (Nolting et al. 2017, S. 12).

Im Rahmen von physisch-phänotypischen Erfassungen von Frailty wird diese ausschließlich über die funktionellen Merkmale gemessen. Die Performance der einzelnen Merkmale kann dadurch beurteilt und durch eine Befragung ergänzt werden. Zu dieser Gruppe von Messinstrumenten gehört der Phänotyp nach Fried (2001), welcher am häufigsten Anwendung findet:

- Muskelschwäche, Sarkopenie (Männer < 29 - 32 kg, Frauen < 17 - 21 kg)
- Verlangsamung (0,5 - 0,6 m/sec)
- Müdigkeit (Bericht)
- herabgesetzte körperliche Aktivität (Kalorienverbrauch)
- Mangelernährung > 5 kg in 12 Monaten

(Santos-Eggimann/David 2013, S. 249)

Im Rahmen der LUCAS-Studie von Dapp et al. 2012 wurde ein Fragebogen zur Ermittlung sog. LUCAS-I-Marker zur Klassifizierung älterer Menschen ohne Pflegegrad als FIT, pre-FRAIL und FRAIL anhand von Fragen zu Bewegung und körperlicher Aktivität konzipiert (Abbildung 81). Zugrunde gelegt wurde das Frailty-Konzept nach Fried et al. (siehe auch Kapitel 3.1.3) Es werden sechs FRAIL-Fragen gestellt und sechs FIT-Fragen gestellt, die, wie in Tabelle 17 dargestellt, ausgewertet werden.

Assessment-
Instrumente zur
Einschätzung des
Präventionsbedarfs

FRAIL-Risiko 4	Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen oder körperlichen Gründen die Art und Weise geändert, mit der Sie in ein Auto, in einen Bus oder in einen Zug ein- oder aussteigen?
0	Nein
1	Ja
FRAIL-Risiko 5	An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie aus irgendeinem Grund zu Fuß außerhalb Ihrer Wohnung unterwegs?
1	Nie 1-2 Tage pro Woche
0	3-4 Tage pro Woche 5-7 Tage pro Woche
FRAIL-Risiko 6	Sind Sie im Laufe der letzten 12 Monate jemals hingefallen?
0	Nein
1	Ja
Zwischensumme 6 FRAIL-Marker: 0-6 möglich	
FIT-Reserve 1	Fahren Sie Fahrrad?
0	Nein, nie gelernt Nein, aufgehört
1	Ja, gelegentlich Ja, regelmäßig mindestens 1-mal pro Woche
FIT-Reserve 2	An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie aus irgendeinem Grund zu Fuß außerhalb Ihrer Wohnung unterwegs?
0	Nie 1-2 Tage pro Woche
1	3-4 Tage pro Woche 5-7 Tage pro Woche

Abb. 81: Fragebogen zur Klassifizierung der LUCAS-I-Marker

Quelle: Dapp et al. 2012, S. 266

	0 - 2 FIT-Faktoren	3 - 6 FIT-Faktoren
0 - 2 FRAIL-Faktoren	Pre-FRIL 1 (weder fit noch frail)	FIT
3 - 6 FRAIL-Faktoren	FRIL	Pre-FRIL 2 (fit und frail)

Tab. 17: Auswertung der LUCAS-I-Marker nach Dapp et al. 2012

Quelle: Dapp et al. 2012, S. 267

Das Instrument zur Erfassung von Frailty bildet nicht nur Risiken, sondern auch Ressourcen ab. Es ist kurz und übersichtlich gestaltet und als Selbstaussfüller-Fragebogen konzipiert. Der Test hat sich in der Anwendung als valide erwiesen. Die Markerfrage „Fahrradfahren“ kann durch „500 m zu Fuß gehen ohne Hilfsmittel oder Hilfsperson“ ersetzt werden, sofern dies die Umweltfaktoren bedingen (z. B. in bergigen Regionen). Das Instrument soll u. a. Einsatz in Hausarztpraxen finden, um die ältere Bevölkerung den Kategorien FIT, pre-FRIL oder FRIL zuordnen und entsprechend zielgruppenorientierte Präventionskonzepte planen zu können (Dapp et al. 2012, S. 269).

9.4 Ernährung

Basierend auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) konnten folgende Instrumente identifiziert werden:

Assessment-
Instrumente zur
Einschätzung des
Präventionsbedarfs

Instrument		Anwendung	Durchführung
MNA	Mini Nutritional Assessment	Einziges validiertes Instrument zur Erfassung von Mangelernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte • ambulantes Setting, Pflegeheim, Krankenhaus • Lang- und Kurzform • Deutsche Version • Frei verfügbar
SGA	Subjectiv Global Assessment	Checkliste zur subjektiven Einschätzung durch Untersuchende (<i>Anamnese</i> : Gewichtsveränderungen, Nahrungszufuhr, gastrointestinale Symptome, Grunderkrankungen, Leistungsfähigkeit, metabolischer Bedarf, <i>Untersuchungen</i> : Ödeme, Muskelschwund, Verlust von Bauchfettgewebe, Ernährungszustand)	<ul style="list-style-type: none"> • Kein medizinisches Personal erforderlich (Anamnese) • Abschließende Einschätzung durch „Untersuchende“ (Untersuchungen) (vgl. DGEM 2018: o. S.) • Einfach, ohne apparativen Aufwand
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool	5 Schritte (Bestimmung BMI, Gewichtsverlust, Krankheitseffekt, Gesamtrisiko für Mangelernährung, Behandlungsrichtlinien)	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung durch Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte • Ambulanter Bereich

Abb. 82: Assessment-Instrumente zur Einschätzung des Ernährungsstatus

Der MNA besteht aus sechs Fragen aus unterschiedlichen Bereichen (Appetit, Gewichtsverlauf, Mobilität, Krankheiten oder Stress, psychische Situation (Demenz)), die bei Bedarf um den BMI ergänzt werden können. Es können maximal 30 Punkte erreicht werden, was bedeutet, dass ein guter Ernährungszustand vorhanden ist. Weniger als 17 Punkte deuten auf eine Mangelernährung hin. Der MNA ist valide und reliabel, hat aber in der letzten Lebensphase (Sterbephase) keine Aussagekraft. Er wird ebenfalls von der DGE favorisiert (Bausch et al. 2014b, S. 17 f.).

9.5 Selbstversorgung

Instrument		Anwendung	Durchführung
Katz-Index	Katz Index of Independence in Activities of Daily Living	Bewertung von 6 Aktivitäten des täglichen Lebens nach selbstständiger Durchführung oder mit Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegepersonal, Ärzte/-innen • Einfache Handhabung • Dauer: 5 min • Keine deutsche Version verfügbar
FIM	Functional Independence Measure	Bewertung von motorischen und kognitiven Fähigkeiten der Selbstversorgung im Alltag anhand mehrerer Dimensionen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegepersonal, Ärzte/-innen, Psychologen/-innen, Physiotherapeuten/-innen • Vorwiegend für Reha-Berurteilungen • Einfach • 20-30 min Anwendung • Deutsche Version • Frei verfügbar
Barthel-Index		systematisches Erfassen von Selbständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegepersonal, Ärzte/-innen, Einfach, Dauer: 2-5 min • Auch verfügbar: Erweiterte Form, Früh-Reha • Deutsche Version • Frei verfügbar

Abb. 83: Assessment-Instrumente zur Einschätzung der Selbstversorgung

Der Barthel-Index dient der Bewertung von Alltagsfunktionen und geht auf Mahoney und Barthel 1965 zurück. Mit diesem Index kann der Pflegebedarf erfasst werden. Jede der zehn Aktivitäten des täglichen Lebens wird anhand einer Tabelle mit zwei bis vier Bewertungsmöglichkeiten eingeschätzt. Den einzelnen Bewertungsmöglichkeiten sind feste Punktzahlen zugeordnet. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 100 Punkte. Je höher die Punktzahl, umso größer ist die Unabhängigkeit und umso kleiner der Hilfebedarf (Begerow/Röhrig 2005). Beim Test finden soziale Aspekte keine Berücksichtigung. Mit dem Barthel-Index ist es allerdings nicht möglich, die individuelle Situation jeder pflegebedürftigen Person komplett zu erfassen, da keine Aussage darüber erfolgen kann, ob jemand alleine leben, kochen und seinen Haushalt führen kann oder eine soziale Anbindung hat (Boes 2017, S. 39).

9.6 Depression

Instrument		Anwendung	Durchführung
GDS	Geriatric Depression Scale	frühzeitige Erkennung einer möglichen Depression alternder Patienten, Verlaufsbeurteilung	<ul style="list-style-type: none"> • keine formalen Voraussetzungen definiert für Untersuchende • Fragebogen • Deutsche Version, auch Kurzform • Frei verfügbar
HAM-D	Hamilton Depression Scale	Fremdbeurteilungs-Skala zur Einschätzung des Schweregrads einer diagnostizierten Depression	<ul style="list-style-type: none"> • durch geschulte Kliniker/-innen einer ambulanten oder stationären psychoth. oder psychiatr. Behandlung • Interview, auch Kurzform • Dauer: 30 min
SDS	Zung Self Rating Depression Scale	Selbstbeurteilung eines depressiven Zustands	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen • Dauer: 10 min • Deutsche Version • Frei Verfügbar

Abb. 84: Assessment-Instrumente zur Feststellung einer Depression

Die Geriatric Depression Scale (GDS) erlaubt die frühzeitige Erkennung einer Depression alternder Patienten und geht auf Sheikh und Yesavage 1986 zurück. Die GDS kann in der Anamnese, zu Verlaufsbeobachtungen und Vergleichsuntersuchungen eingesetzt werden. Sie erlaubt reproduzierbare Erkenntnisse über den psychischen Zustand älterer Menschen. Sie ersetzt jedoch nicht die fachärztliche Diagnose (Yesavage et al. 1983). Maximal 15 Punkte können erreicht werden. Anhand der Punktzahl kann festgestellt werden, ob keine, eine leichte oder eine schwere Depression vorliegt (Boes 2017, S. 31 f.).

9.7 Risiko Gewalt

Instrument		Anwendung	Durchführung
PURFAM (Zank/Schacke 2013)	Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen	Erkennen von Potenzialen und Risiken für Gewalt in der familialen Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Durch geschultes Personal in der Pflege • Deutsche Version • Frei verfügbar • Umfangreich, nicht für den routinemäßigen Einsatz
SiliA (Görgen 2012)	Sicher leben im Alter	Vernachlässigung und Misshandlung in Pflegebeziehungen im häuslichen Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Durch geschultes Personal in der Pflege • Deutsche Version • Frei verfügbar • Umfangreich, nicht für den routinemäßigen Einsatz
CMAI	Cohen- Mansfield- Agitation-Inventory	Erfassung herausfordernden Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> • Keine besonderen fachlichen Qualifikationen erforderlich • Deutsche Version • Frei verfügbar • Dauer: 5-10 min • auch als Kurzform verfügbar

Abb. 85: Assessment-Instrumente zur Risikobeurteilung von Gewalt

An dieser Stelle kann keines der genannten Instrumente besonders hervorgehoben bzw. empfohlen werden – einerseits hat der CMAI mit der Erfassung von herausforderndem Verhalten einen etwas anderen Fokus als die beiden erstgenannten Instrumente und andererseits sind beide gleichermaßen so zeitaufwendig und umfangreich, dass sie sich nicht für den routinemäßigen Einsatz eignen und erst bei begründetem Verdacht zum Einsatz kommen sollten. Es werden daher alle drei Instrumente kurz vorgestellt.

Im Projekt PURFAM (Potenziale und Risiken familialer Pflege) erfolgte der Einbezug von professionellen Akteuren mit Zugang zu familialen Pflegesettings sowie die Schulung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste. Anhand einer Checkliste zur Früherkennung von Gewalt wird bereits entstandene Gewalt identifiziert sowie das erhöhte Risiko von Missbrauch und Vernachlässigung aufgezeigt. Zank und Schacke (2013) geben an, dass diese Art von Gewalt häufig nicht intendiert ist, also keine absichtliche Schädigung des zu Pflegenden verursacht werden soll. So wird neben den Misshandlungs- und Vernachlässigungsphänomenen auch das individuelle Belastungserleben informell Pflegenden erfasst. Dazu dienen folgende Instrumente:

- Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D-PV/PURFAM)
- PURFAM Checkliste Pflegekraft
- PURFAM Checkliste Team

Das BIZA-D-PV/PURFAM unterstützt professionell Pflegende darin, frühzeitige Handlungsnotwendigkeiten zu erkennen und umzusetzen sowie Schulungs- oder Beratungsbedarfe oder gar Entlastungsmöglichkeiten anzubieten (Zank/Schacke 2013, S. 9). Die PURFAM Checkliste für die professionell Pflegenden unterstützt das Erkennen problematischer Pflegesituationen anhand einer Auflistung, die angekreuzt werden kann. Diese ist Grundlage der Fallbesprechung im Team. Die PURFAM Checkliste Team dient der zusammenfassenden Beurteilung der Dokumentation der PURFAM Checkliste Pflegekraft, sofern diese mehrfach angewendet wurde. In dieser Liste werden die Entscheidungen des gesamten Teams dokumentiert (Zank/Schacke 2011, S. 1).

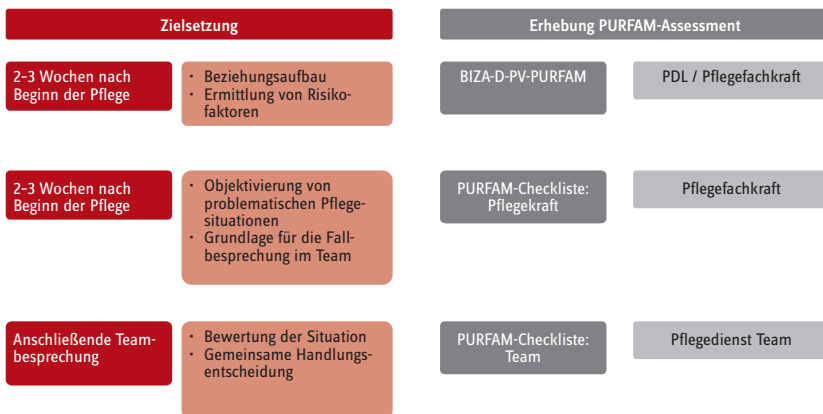


Abb. 86: Ablauf des PURFAM-Assessments
Quelle: Zank/Schacke 2013, S. 37

Das Projekt, das die Schulung von Mitarbeitern und Anwendung der Checklisten in der Praxis beinhaltete, fand großen Zuspruch u. a. aufgrund der hohen Praktikabilität der Instrumente in der beruflichen Praxis (Zank/Schacke 2013, S. 11).

Görgen et al. entwickelten im Projekt SiliA Schulungsmaterialien, um Mitarbeitende von ambulanten Pflegediensten für diese Thematik zu sensibilisieren und ihnen für die Einschätzung und Bewertung von Situationen im häuslichen Bereich zugleich geeignete Instrumente an die Hand zu geben. Gewalt kann nach Görgen et al. in vier Gewalt-Typen eingeordnet werden (vgl. Abbildung 87).

Typ 1 und Typ 2 wollen die pflegebedürftige Person nicht schädigen. Typ 1 übt Gewalt situationsgebunden aus, Typ 2 situationsübergreifend. Beispiele dafür sind Vernachlässigung aus Unwissen oder Überforderung oder gravierende Einschränkungen der Bewegungsfreiheit zum Schutz vor Gefährdung des Pflegebedürftigen. Treten diese regel-

Assessment-Instrumente zur Einschätzung des Präventionsbedarfs

mäßig auf, werden sie als situationsübergreifend beschrieben. Typ 3 und Typ 4 haben die Absicht, dem zu Pflegenden Schaden zuzufügen, z. B. durch Bestrafung. In diesen Fällen wird die pflegebedürftige Person gezielt geschädigt, etwa durch körperliche Angriffe, das Zufügen von Schmerzen, die Verletzung der Würde oder auch das Bereichern auf ihre Kosten (Görgen et al. 2012, S. 8 ff.).

	Situative Misshandlung/ Vernachlässigung	Situationsübergreifende Misshandlung/Vernachlässigung
keine Schädigungsintention	Typ 1	Typ 2
Schädigungsintention	Typ 3	Typ 4

Abb. 87: Klassifikation der vier Typen von Misshandlungs-/Vernachlässigungsfällen in Pflegebeziehungen
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Görgen et al. 2012, S. 11

Im Hinblick auf Prävention sind bei Typ 1 und 2 beratende Maßnahmen sowie Schulungen ausreichend. Bei Typ 3 ist eine Aufarbeitung der Vorfälle von Gewalt erforderlich. Für Typ 4 ist zudem eine Trennung von Täter und Opfer sinnvoll, um ausreichend Schutz zu bieten. Eine strafrechtliche Verfolgung sollte ebenfalls angestrebt werden.

Um Gewalt zu erkennen, übersetzten Görgen et al. drei Assessment-Instrumente, die im englischsprachigen Raum gut erprobt sind. Mit ihnen kann das Risiko älterer Menschen eingeschätzt werden, Opfer von Vernachlässigung oder Misshandlung zu werden:

1. Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)
2. Indicators of Abuse Screen (IOA)
3. Elder Abuse Suspicion Index/Verdachtsindex Misshandlung im Alter (EASI-VIMA)

Der BASE ist ein kurzes Screening-Instrument zur Unterstützung von geschultem Pflegepersonal, einen Verdacht auf strukturierte Weise in eine Dienst- oder Fallbesprechung einzubringen und die Dringlichkeit des Interventionsbedarfs festzulegen. Der IOA liefert die Grundlage zur Einschätzung von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen anhand von Risikoindikatoren. Das Instrument dient der Systematisierung von wahrgenommener Gefährdung. Der EASI-VIMA sieht anhand eines kurzen Fragenkatalogs die systematische Befragung der pflegebedürftigen Person vor und erlaubt die Kombination ihrer Antworten mit der Einschätzung relevanter Merkmale durch professionell Pflegende (Görgen et al. 2012, S. 17 f.)

In der Anwendung berichten professionell Pflegende u. a. über folgende Vorteile (Görge et al. 2012, S. 32 ff.):

- Problematische Situationen können anhand der Kriterien objektiv besser betrachtet werden.
- Diffuse Gefühle, dass etwas nicht in Ordnung ist, können geprüft werden.
- Die Bewertung unterschiedlicher Personen in derselben Situation ist vergleichbarer.
- Sind die Instrumente Teil verbindlicher Verfahrensweisen, so ist auch die Unterstützung durch die Leitungsebene gesichert.
- Die Wirksamkeit von Maßnahmen der Gewaltprävention kann anhand der Assessment-Instrumente überprüft und die Fallentwicklung dokumentiert werden.
- Die Vertrauensbasis zwischen Pflegepersonal und Klient kann, mit Fokus auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen, gestärkt werden.
- Es gibt einen Schutz vor unbegründeten Verdachtsmomenten durch professionell Pflegende.

Das CMAI dient der Einschätzung der Intensität agitierten Verhaltens (z. B. Ruhelosigkeit) bei demenziell erkrankten Menschen in den zurückliegenden zwei Wochen. Es werden 30 konkrete Verhaltensweisen benannt, die auf einer siebenstufigen Skala das Ausmaß des herausfordernden Verhaltens sowie Antriebsstörungen abbilden. Anwendung findet das CMAI u. a. durch Heimaufsichtsbehörden zur Nachvollziehbarkeit von heiminternen Verlegungen sowie in der ambulanten Pflege (siehe Kapitel 7.4) (Boes 2017, S. 30).

9.8 Lebensqualität

Instrument		Anwendung	Durchführung
SF 12, SF 36	Short Form Health 36 oder 12	Krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> Keine Auswertung durch Pflegepersonal möglich, geschulte Akademikerinnen und Akademiker Fragebogen oder Interview Dauer: 3 min Nicht frei verfügbar
WHO-5	Well-being-Index	5 Fragen zum psychischen Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> Keine besondere Qualifikation erforderlich Fragebogen, Selbsttest Dauer: 1 min Deutsche Version Frei verfügbar
QALY	Quality-adjusted life year	Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit. Ein QALY von 1 bedeutet ein Jahr in voller Gesundheit (QALY von 0 = Tod)	<ul style="list-style-type: none"> Berechnung einer Kosten-Nutzen-Analyse Benachteiligung bei Einbeziehung der Lebenserwartung von älteren Menschen → daher ungeeignet
EQ5D		Ermittlung der Lebensqualität anhand von 5 Dimensionen, unabhängig zu vorliegenden Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Schulung erforderlich Lang- und Kurzform Fragebogen, Selbsttest Dauer: 10-20 min Deutsche Version kostenpflichtig

Abb. 88: Assessment-Instrumente zur Bewertung von Lebensqualität

Der standardisierte WHO-5 wurde von der WHO als Screening-Instrument für Lebensqualität bzw. Wohlbefinden vorgeschlagen. Er eignet sich auch zum Einsatz bei älteren Menschen (Gunzelmann et al. 2006). Aussagen zu den letzten zwei Wochen werden abgefragt. Jede der fünf Fragen kann 0 bis 5 Punkte erzielen. Ein niedriger Gesamtwert weist auf ein geringes Wohlbefinden hin. Es konnte festgestellt werden, dass sich der WHO-5 auch als Depressions-Screening eignet - Werte kleiner 13 weisen auf diese Problematik hin.

Das folgende Kapitel beleuchtet zunächst die zugrundeliegende Sichtweise auf die pflegebedürftigen Menschen, welche sich aus den bisherigen Erkenntnissen ableiten ließ, um anschließend Interventionen vorzustellen, die diese Perspektive weitgehend berücksichtigen.

10 Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

10.1 Personzentrierung als Leitlinie für die Versorgung

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Anders als in der Gesundheitsversorgung, wo konkrete Beschwerden und Erkrankungen im Mittelpunkt stehen, für die es in der Regel ein überschaubares Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten gibt, spielt bei Pflege, aber auch bei Gesundheitsförderung und Prävention die Lebenswelt der Betroffenen die maßgebliche Rolle. Körperliche Erkrankungen und Beeinträchtigungen kommen erst in zweiter Linie, sozusagen als Randbedingungen, zum Tragen. Dies liegt auch daran, dass Pflege und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention meist langfristig angelegte Interventionen darstellen, die letztlich Lebensstiländerungen bewirken (sollen) und damit den Alltag dauerhaft prägen. Nur wenn die Interventionen auch im Alltag akzeptabel und praktikabel sind, können sie erfolgreich sein und die Lebensqualität verbessern.

Bei der Auswahl geeigneter Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention ist deshalb stets von der pflegebedürftigen Person in ihrem Umfeld, aus ihrer Sichtweise heraus und von den Möglichkeiten, die sie hat, auszugehen, wie es auch im personenzentrierten Ansatz (nach Kitwood 1997) postuliert wird. Zu berücksichtigen sind dabei nicht nur körperliche, sondern auch soziale, mentale, emotionale und spirituelle Bedürfnisse sowie die individuellen Vorlieben, Werte, Stärken und Schwächen. Die Fokussierung auf den Menschen statt auf seine Krankheiten und Beeinträchtigungen bestimmt das Handeln.

Mittlerweile ist, insbesondere im englischsprachigen Raum, eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes erfolgt: Die zu versorgende Person soll nicht nur in ihrer Gesamtheit betrachtet und berücksichtigt werden (person-centered), sondern sie soll auch ihren Versorgungsprozess leiten und steuern – „person-directed care“ (PDC). White et al. (2008) identifizierten sechs Merkmale, die das Konzept PDC charakterisieren:

1. **Personhood** („Personsein“ – Anerkennung jedes Menschen in seiner Einzigartigkeit ist die Grundhaltung bei allen Akteuren.)
2. **Knowing the person** (Das Personal kennt und versteht die zu versorgende Person, ihre Vergangenheit und welche Dinge im Moment für sie von Bedeutung sind, und berücksichtigt dies im Versorgungsprozess.)
3. **Autonomy and choice** (Die zu versorgende Person hat maximale Kontrolle über den Versorgungsprozess und die Gestaltung des Umfeldes; ausgehend von der Annahme, dass Unabhängigkeit die Eigenkompetenz stärkt, sollte Pflege stets darauf ausgerichtet sein, persönliches Handeln zu ermöglichen und zu unterstützen.)
4. **Comfort care** (Sowohl körperliche als auch emotionale Bedürfnisse sind in die Versorgung einzubeziehen, Leistungen sind entsprechend den fachlichen Standards, jedoch individuell angepasst zu erbringen, eine gute Balance zwischen Freiheit und Sicherheit ist zu gewährleisten.)

5. **Nurturing relationship** (Ein personzentriertes Umfeld fördert das Beziehungsnetzwerk der zu versorgenden Person und minimiert soziale Isolation; eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Personal und der zu versorgenden Person ist Voraussetzung für das Gelingen von PDC.)
6. **Supportive environment** (Die Umsetzung von PDC erfordert entsprechende Rahmenbedingungen - aufseiten der Infrastruktur (Wohnungseinrichtung, Quartier, soziales Umfeld etc.) und der Organisation der Leistungserbringung (Schulung des Personals, durch respektvollen Umgang geprägte Unternehmenskultur, Führung und Supervision, angemessene Personalausstattung, stabile Teams mit geringer Fluktuation).) (White et al. 2008)

PDC wurde in den USA im Rahmen einer breiten Kampagne des Kulturwandels in stationären Pflegeeinrichtungen erprobt und eingeführt (Mueller et al. 2013, S. 101; Lepore et al. 2018, S. 1), für den ambulanten Bereich liegen noch kaum Erkenntnisse vor (Kogan et al. 2016). In Pflegeheimen zeigen erste Forschungsergebnisse, dass Personzentrierung mit einer Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen, mit einer längeren Berufsverweildauer bei den Pflegekräften und mit finanziellen Vorteilen für die Einrichtungen verbunden ist (Lines et al. 2015, S. 562). Auch in der Gesundheitsversorgung konnten die Therapietreue der Patientinnen und Patienten und deren Zufriedenheit erhöht, die Behandlungsergebnisse verbessert sowie die Kosten verringert werden (ebd.).

Die folgende Tabelle 18 verdeutlicht, inwiefern sich die Ansätze „patient-centered“ über „person-centered“ bis hin zu „person-directed“ vom paternalistischen, arztzentrierten Versorgungsansatz (medizinisches Modell) unterscheiden. Dabei wird deutlich, dass erst im Konzept PDC ein konsequent ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird, der die Person mit Pflege- und Unterstützungsbedarf auf der Grundlage von Shared-decision-making zur Handlung und zur Selbstbestimmung befähigt.

Charakteristik	Medizinisches Modell	Patient Centered	Person Centered	Person Directed
Zentrale Rolle des Arztes/der Ärztin	hoch	mittel	mittel	mittel
Rolle des Patienten/der pflegebedürftigen Person bei der Therapieentscheidung bzw. Versorgungsplanung	niedrig	mittel	mittel	hoch
Berücksichtigung nichtmedizinischer Aspekte bei der Entscheidungsfindung	sehr niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Edukation und Empowerment des Patienten/der pflegebedürftigen Person und der Angehörigen	niedrig	mittel	mittel	sehr hoch
Versorgungskoordination von Akutversorgung über Rehabilitation bis Pflege	niedrig	niedrig	mäßig	sehr hoch

Tab. 18: Unterschiede zwischen Patient/Person-centered und Person-directed Care
Quelle: Lines et al. 2015, S. 562 (eigene Übersetzung)

Brandenburg (2017) stellte fest, dass Personenzentrierung auch hierzulande „ein zentrales Anliegen einer guten Pflege“ ist, bezeichnete sie aber auch als „voraussetzungsvoll“ und herausfordernd. Ein zentraler Befund aus Studien sei: „Selbst bei ausgewählten guten Einrichtungen und intensiver Schulung des Personals ist ein personenzentrierter Umgang dauerhaft kaum zu stabilisieren, setzt sich eine medial geprägte Defizitperspektive sukzessive immer wieder durch“ (Brandenburg 2017, S. 14). Ein solcher Kulturwandel in Pflege und Medizin, der auch die konsequente Einbeziehung von Gesundheitsförderung und Prävention auf allen Ebenen einschließt, lässt sich nicht von heute auf morgen umsetzen. Dazu bedarf es neuer Ausbildungsinhalte, veränderter Führungs- und Organisationsstrukturen in den Einrichtungen und entsprechend veränderter Finanzierungsmodelle – und nicht zuletzt eines neuen Altersbildes in der gesamten Gesellschaft.

10.2 Vorgehen bei der Auswahl und Darstellung geeigneter Interventionen

Für die Zielgruppe der zu Hause versorgten Personen mit Pflegebedarf gibt es im nationalen Raum nur vereinzelte Studien, welche explizit die Wirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention untersuchten. Das wurde auch bei den Recherchen von Görres et al. (2013 und 2017) im Auftrag des ZQP sowie bei Stellmacher und Wolter 2018 deutlich (Görres et al. 2017; Görres et al. 2013; Stellmacher/Wolter 2018, S. 22). Die Gründe dafür sind zum einen methodischer Natur – die Einflussfaktoren im ambulanten Setting sind so vielfältig, dass es schwierig bzw. sehr aufwendig ist, eindeutige kausale Zusammenhänge zu finden – und zum anderen ist die Rekrutierung von Studien-

teilnehmenden aufgrund der meist erheblichen, auch kognitiven Beeinträchtigungen ebenfalls eine Herausforderung.

Im internationalen Raum sind präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung oft Bestandteil komplexer Versorgungsmodelle für Ältere, sodass es dort bereits mehr Studienergebnisse auch bei zu Hause versorgten Personen mit Pflegebedarf gibt. Es wurden im Rahmen der Literaturrecherche Projekte und Interventionen eingeschlossen, die Personen mit Gebrechlichkeit (Frailty) und Hilfebedarf bei der Selbstversorgung im Alltag (ADL) adressierten, da der deutsche Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht eins zu eins übertragbar ist. Einzelne Projekte, die als wegweisend auch für Deutschland eingeschätzt werden, werden in diesem Kapitel vorgestellt und ergänzt durch die strukturierte Auflistung weiterer Studien im Anhang A1 und A2.

Die hier ausgewählten Interventionen wurden auf Basis von zwölf Qualitätskriterien für Good-Practice-Beispiele analysiert. Diese wurden dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit entnommen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017, S. 1):

Qualitätsmerkmal	Beschreibung
Konzeption	<ul style="list-style-type: none"> - Klarer Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Prävention - Zielgruppenbenennung - Anhand des festgestellten Handlungsbedarfs Ermittlung von Zielen und Maßnahmen - Angaben zu Zeit- und Kostenplanung möglich
Zielgruppenbezug	<ul style="list-style-type: none"> - Präzise Benennung - Hinweis auf Herausforderungen und Problematiken, die sich aus den Merkmalen der Zielgruppe ergeben können
Setting-Ansatz	<ul style="list-style-type: none"> - Fokussierung der Lebenswelt von Menschen und die damit einhergehenden Bedingungen - Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen - Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen - Aktive Beteiligung der Personen im Setting in Planung und Umsetzung von Maßnahmen - Kontinuierliche, professionelle Koordinierung aller Aktivitäten
Multiplikatorenkonzept	<ul style="list-style-type: none"> - Festlegung, welche Personen/Personengruppen oder Institutionen mit welcher Methodik in die Umsetzung von Maßnahmen eingebunden sind, sowie Anforderungen an deren Qualifikation - Schulung/Fortbildung im Sinne der Befähigung dieser Personen zur Leitung von Gruppen/Maßnahmen
Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Nachweisbare dauerhafte Veränderungen bei den Zielgruppen i. S. der Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen zur dauerhaften Gestaltung gesundheitsgerechter Lebensbedingungen

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Qualitätsmerkmal	Beschreibung
Niedrigschwellige Arbeitsweise	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexion der Zugangshürden aus Sicht der Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> - organisatorische Voraussetzungen, z. B. Tageszeit, Ort, Kosten, Antrags- und Anmeldeformalitäten, - konzeptionelle Voraussetzungen, z. B. Bedarfsgerechtigkeit, gender- und kultursensible Vermittlung, - andere Voraussetzungen, z. B. (unfreiwillige) Stigmatisierung oder lokale Rahmenbedingungen
Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung von Beteiligungsmöglichkeiten in allen Phasen der Gesundheitsförderung und Prävention - Befähigung der Zielgruppen, Wünsche, Ideen und Bedürfnisse einzubringen
Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> - Befähigung von Personen/Personengruppen zur selbsttätigen und selbstbestimmten Gestaltung ihrer Lebenswelt - Schaffung von Bedingungen zur Weiterentwicklung der Kompetenzen
Integriertes Handlungskonzept/Ver-netzung	<ul style="list-style-type: none"> - Steuerungs- und Koordinierungsinstrumente der Gesundheitsförderung - Einbeziehung unterschiedlicher Aspekte <ul style="list-style-type: none"> - versch. Fach- und Politikbereiche - verschiedene Gesundheitsdeterminanten, z. B. individuelle Lebensweise, soziale und kommunale Netzwerke - finanzielle Mittel - unterschiedliche räumliche Ebenen, z. B. Nachbarschaft, Quartier, Ortsteil, Region - Vernetzung bezeichnet ein Geflecht von Beziehungen zwischen Akteuren (Personen und Institutionen)
Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätssicherung, -entwicklung und -management zielen darauf ab, Maßnahmen der Gesundheitsförderung bedarfs- und fachgerecht sowie partizipativ und zielgruppengerecht zu planen, zu gestalten und umzusetzen, sie kontinuierlich weiterzuentwickeln und sie somit immer besser am Bedarf auszurichten
Dokumentation/Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Überprüfung der erreichten Ziele und Veränderung von Arbeitsabläufen in Abhängigkeit von den Ergebnissen - Intern oder extern möglich
Kosten-Wirksamkeitsverhältnis	<ul style="list-style-type: none"> - positives Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis ist erreicht, wenn eine Maßnahme nicht nur wirksam hinsichtlich der Zielsetzung ist, sondern die Wirksamkeit auch in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht - Bewertung anhand geeigneter Merkmale (z. B. Kennzahlen - messbar und vergleichbar)

Tab. 19: Good-Practice-Kriterien für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention
Quelle: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017, S. 1

Die folgende Darstellung der Interventionsmöglichkeiten ist nach Bereichen in Anlehnung an den Leitfaden der GKV zur Prävention in der stationären Pflege gegliedert, ergänzt um das „Setting ambulante Pflege“, um die spezifischen verhältnisbezogenen Aspekte bei der Ansprache der Zielgruppe und der Auswahl von geeigneten Metho-

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

den zur Umsetzung mit zu erfassen. Folgende sieben Handlungsfelder für Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedürftigen im ambulanten Setting wurden gewählt:

- Körperliche Aktivität
- Ernährung
- Kognitive Ressourcen
- Psychosoziale Gesundheit
- Prävention von Gewalt
- Suchtprävention
- Präventiv ausgerichtete Versorgungskonzepte im ambulanten Setting

Neben konkreten Interventionen werden in den Handlungsfeldern auch allgemeine, wissenschaftlich gesicherte Zusammenhänge und Erkenntnisse aus Reviews dargestellt, die bei der Konzeption von Maßnahmen berücksichtigt werden sollten, um deren Erfolgchancen zu erhöhen. Es folgt zur besseren Orientierung zunächst eine Übersicht über alle im Folgenden näher vorgestellten und bewerteten Interventionen und Konzepte nach Bereichen:

Bereich	Intervention (Konzept)
Körperliche Aktivität	Robertson und Campbell (2013): OTAGO Exercise Program
	AOK 2017: Sicher zu Hause bewegen
	Bauer et al. 2008: Mobilität und Sicherheit im Alter –Bewegungsprogramm
	BAGSO 2014: Fit im Alltag und aktiv gegen Stürze
	Brach et al. 2007: Bewegungsprogramm für Hochaltrige
	Schweizer und Kammerhoff 2013: Daheim aktiv
Strupeit et al. 2011: Pflegesprechstunden im geriatrischen Setting	
Ernährung	Konzept: Allroggen et al. 2010: Mundgesund trotz Handicap im Alter
Kognition	Oswald et al. 2012: SimA®-Bewegungsprogramm
	Straubmeier et al. 2017: DeTaMaks-Mehrkomponententherapie
Psychosoziale Gesundheit	Besier und Meyer 2017: MAG1-Netzwerk
	IGES 2018: Fit für den ÖPNV
	Markle-Reid et al. 2014: Nurse-led health promotion
	Johnson et al. 2013: Kriseninterventionsprogramm bei Demenz
Prävention von Gewalt	Zank und Schacke 2013: PURFAM
	Wolf o. J.: Psychologische Online-Beratung für pflegende Angehörige

Bereich	Intervention (Konzept)
Suchtprävention	Ratgeber: Kuhn o. J. a): Ratgeber für Sucht im Alter in der Pflege
Settingspezifische Konzepte	Holle et al. 2018: DESKK
	Muramatsu et al. 2017: Healthy Moves for Aging Well
	Walters et al. 2017: Home-based health promotion
	Szanton et al. 2015: CAPABLE
	Vincent et al. 2006: Public telesurveillance service
	Metzelthin et al. 2017: Stay active at home

Tab. 20: Übersicht der Studien nach Bereich

10.2.1 Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Aktivität (kA) und Bewegung nehmen eine Schlüsselstellung bei der Prophylaxe altersbedingter Gesundheitsprobleme ein. Körperliche Aktivität hat Auswirkungen auf zahlreiche andere Bereiche und beeinflusst diese im positiven Sinn. So kann durch körperliche Aktivität auch die kognitive Leistung erhalten und verbessert werden. Körperliche Aktivität hat Auswirkungen auf die Regulation von Appetit und Hunger (Bereich Ernährung) und im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit fördert Bewegung gemeinsam mit anderen Menschen das soziale Miteinander und beugt zudem Appetitlosigkeit vor (Bausch et al. 2014a, S. 6 ff.).

Eine bessere Gesundheit, ein höherer sozioökonomischer Status, mehr Sport im gesamten Lebensverlauf, ein höheres Selbstvertrauen und Einsicht in die Vorteilhaftigkeit von kA sind mit einem höheren Aktivitätsniveau im Alter assoziiert (Devereux-Fitzgerald et al. 2018). Doch hilft es in der Regel wenig, nur die Notwendigkeit von regelmäßiger körperlicher Ausarbeitung hervorzuheben - in der Regel scheitert es an der Motivation, nachhaltig seinen Lebensstil zu ändern, ganz besonders dann, wenn bereits körperliche Einschränkungen vorliegen.

Wie kann jedoch eine dauerhafte Verhaltensänderung hin zu mehr kA bei älteren Menschen erreicht werden? Aktuelle Studien haben gezeigt, dass Ansätze, die bei jüngeren Menschen erfolgreich sind, bei Älteren nicht zum Ziel führen. Hier bedarf es einer zweistufigen Herangehensweise (ebd.):

1. das initiale Heranführen an körperliche Aktivität (Interesse wecken, positives Körpergefühl erlebbar machen) und
2. dauerhaft ein erhöhtes kA-Niveau erhalten (Gewohnheiten prägen, Lebensstiländerung).

Im ersten Schritt ist es wichtig, die Erfahrung der Selbstwirksamkeit (z. B. in geeigneten Peer-Gruppen) zu berücksichtigen – der Betroffene muss spüren, dass er noch Dinge tun kann, die andere mit vergleichbarer Konstitution ebenfalls noch können. Hinsichtlich der Intensität der kA wird eine höhere Akzeptanz bei leichten Aktivitäten und bei Verknüpfung mit anderen Zielen (Gartenarbeit, Einkaufen zu Fuß etc.) erreicht. Werden Gruppenaktivitäten durchgeführt, ist die individuelle Belastbarkeit der einzelnen Person zu berücksichtigen und gezielt mittels Stufenprogrammen zu fördern (Erfolgserebnisse wirken motivierend).

Schulungen zum Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen sollten die Betroffenen für die Bedeutung von kA im Umgang mit krankheitsbedingten Herausforderungen sensibilisieren. Bewegungsprogramme, die, ggf. im Kontext der Alltagsaufgaben, Kraft und Balance fördern, haben sich als besonders effektiv erwiesen. Akzeptanzfördernd ist auch der Fokus auf die Möglichkeit des Verbleibs in der eigenen Wohnung und weitere persönliche Ziele des Betroffenen (z. B. guter Schlaf, verbesserte Stimmung, Übernahme sozialer Verantwortung).

Um im zweiten Schritt dauerhaft Lebensstiländerungen zu erreichen, sind Freude und Vergnügen bei körperlichen Aktivitäten ein Schlüsselfaktor für die Akzeptanz von Interventionen, insbesondere im Zusammenhang mit sozialen Kontakten im Wohnumfeld. Ein Indiz dafür ist der mit dem Alter steigende Anteil von Personen, die tanzen und wandern (vgl. Abbildung 30, S. 77). Ein Teil der Älteren ist am ehesten über Individualangebote zur Förderung der kA erreichbar, der Nutzen solcher Interventionen ist auch nachgewiesen (Devereux-Fitzgerald et al. 2018).

Für ältere Personen mit Frailty werden multimodale Übungsprogramme empfohlen (Ausdauer und Kraft, rhythmische Gymnastik und Gedächtnistraining). Die Frequenz sollte mindestens zweimal wöchentlich 20 bis 45 Minuten sein, bei mittlerer bis hoher Intensität der Übungen. Das effizienteste Programm ist für jede Person individuell zu ermitteln. Eine optimale Kombination aus Intensität, Dauer und Häufigkeit der Trainingseinheiten bewirkt neuromuskuläre, muskuläre und kardiovaskuläre Veränderungen, die wiederum in einer Verbesserung funktionaler und kognitiver Kapazitäten resultieren (Dulac/Aubertin-Leheudre 2014, S. 108).

Ein umfassend evaluiertes Übungsprogramm für ältere Menschen, die ihre Wohnung kaum noch verlassen, ist das in Neuseeland entwickelte OTAGO Exercise Program, das ursprünglich mit dem Ziel entstanden ist, die Häufigkeit von Stürzen zu verringern (Campbell/Robertson 2003).

Das OTAGO Exercise Program ist ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm zur aufsuchenden Sturzprävention durch muskelkräftigende und das Gleichgewicht verbessernde Übungen mit stufenweiser Erhöhung des Trainingsniveaus. Es wurde spe-

ziell für Menschen ab dem 65. Lebensjahr entwickelt. Die Durchführung des Programms übernehmen geschulte Gesundheitsfachkräfte. Innerhalb von vier bis fünf Hausbesuchen üben die Trainerinnen und Trainer das Programm gemeinsam mit den Teilnehmenden ein, sodass die korrekte und sichere Ausführung der Übungen erlernt wird. Zwischen den Hausbesuchen erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme.

Zusätzlich steht den Teilnehmenden eine Broschüre mit Beschreibungen der individuellen Übungsauswahl zur Verfügung, anhand derer sie zur langfristig selbstständigen Durchführung der Übungen befähigt werden. Das Training nimmt etwa eine halbe Stunde in Anspruch und sollte dreimal pro Woche durchgeführt werden, ergänzt durch zwei wöchentliche Gehtrainings.

Das OTAGO-Programm wurde in vier Studien (RCT) getestet und unter Alltagsbedingungen in einer wissenschaftlichen Untersuchung evaluiert. Die Anzahl der Stürze sowie der sturzbedingten Verletzungen konnten um jeweils 35 % reduziert werden. Die größten Effekte wurden in der Altersgruppe 80+ sowie bei Personen mit vorhergehender Sturzgeschichte erzielt. Die Kosteneffektivität des Programms wurde in zwei Settings der Regelversorgung nachgewiesen. Das Programm wurde als Einzelintervention getestet. Jedoch ist auch denkbar, es als Komponente in ein multifaktorielles Sturzpräventionsprogramm einzugliedern (Thomas et al. 2010; Scherfer et al. 2013, S. 5 ff.).

Die Wirksamkeit des Programms konnte durch die Abnahme der Häufigkeit von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen, vor allem bei der Personengruppe der über 80-jährigen, nachgewiesen werden.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Robertson und Campbell (2013): OTAGO Exercise Program	10 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Setting-Ansatz - Multiplikatorenkonzept - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment - Qualitätsmanagement - Dokumentation - Kosten-Wirksamkeitsverhältnis

Tab. 21: Qualitätsbewertung des „OTAGO Exercise Program“

In Deutschland existieren mehrere Programme, die dem OTAGO Exercise Program sehr ähnlich sind. Dazu gehört eine Initiative der AOK – Sicher zu Hause bewegen. Es wurde

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

eine Broschüre zu Sturzgefahren herausgegeben, die illustrierte Gleichgewichts- und Kraftübungen sowie ein Trainingstagebuch enthält (AOK 2017).

Die Balance- und Kraftübungen wurden im sog. Ulmer Modell erprobt. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Zahl der sturzbedingten Unfälle um mehr als 30 % abnahm sowie Gehfähigkeit und Kraft bei 80 % der Teilnehmenden verbessert wurden (AOK 2017, S. 2). Insofern kann von einer Wirksamkeit gesprochen werden.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
AOK 2017: Sicher zu Hause bewegen	8 von 12 Qualitätskriterien erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment - Qualitätsmanagement - Dokumentation/Evaluation - Kosten-Wirksamkeitsverhältnis

Tab. 22: Qualitätsbewertung von „Sicher zu Hause bewegen“

Bauer et al. entwickelten das Trainingsprogramm Mobilität und Sicherheit im Alter (MoSi), das aus Kraft- und Gleichgewichtstraining, Stretching, Reaktions- und Koordinationsschulung besteht. Dazu stehen auch Schulungsmaterialien bereit. Nachweislich verbesserte sich das Gleichgewicht und die Kraft der Teilnehmenden, dies ging mit einem verbesserten Sicherheitsgefühl und größerem Wohlbefinden einher (Bauer et al. 2008).

Die Wirksamkeit des Programms im Hinblick auf das Ziel, Sturzrisiken zu reduzieren, konnte nicht belegt werden. Dennoch konnte die Sicherheit des Gangs signifikant verbessert werden (Bauer et al. 2008, S. 5).

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Bauer et al. 2008: MoSi	5 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Setting-Ansatz - Partizipation - Empowerment

Tab. 23: Qualitätsbewertung des Projekts „MoSi“

Das dritte Projekt, das dem OTAGO Exercise Program ähnlich ist, ist ein Teilprojekt von „In Form“, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) organisiert wurde. Für das körperliche Training wurden vier Kernkompetenzen der Alltagsbewältigung identifiziert (siehe Abbildung 89), die gezielt gestärkt werden sollen (BAGSO 2014).

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen



Abb. 89: Vier Kernkompetenzen der Alltagsbewältigung
Quelle: BAGSO 2014, o. S.

Die Empfehlungen zur Bewegung sind als Broschüre zusammengefasst. Es wird darin aber nicht deutlich, inwiefern die Übungen wirksam sind.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
BAGSO 2014: Fit im Alltag und aktiv gegen Stürze	5 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment

Tab. 24: Qualitätsbewertung des Programms „Fit im Alltag und aktiv gegen Stürze“

Auch der Deutsche Turner-Bund empfahl im Projekt „Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige“ eine Kombination aus Krafttraining, Balance-Training und der Förderung von Beweglichkeit zur Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung von Selbstständigkeit. Das Training findet in Gruppen je nach Grad der Pflegebedürftigkeit statt. Es ist eine Broschüre mit Bildern zu den einzelnen Übungen erhältlich (Brach et al. 2007, S. 17 ff.).

Die Broschüre ist als Trainingsmanual zu verstehen, die „Übungsleiter“ werden zur Durchführung befähigt und erhalten Hintergrundwissen zur Wirkung der einzelnen Übungen. Inwiefern damit eine Wirksamkeit des Programms zusammenhängt, wird nicht deutlich.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Brach et al. 2007: Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige	8 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment - Qualitätsmanagement - Integriertes Handlungskonzept

Tab. 25: Qualitätsbewertung des Bewegungsprogramms für Hochaltrige

Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität erfolgten im Projekt „Daheim aktiv“ durch Hinzuziehung von Ergotherapeuten (Schweizer/Kammerhoff 2013). Teams, bestehend aus Ergotherapeuten und Pflegekräften, integrieren den sog. Aktivierungskomplex, d. h. die gezielte Förderung von Potenzialen der Klientinnen und Klienten, in den beruflichen Alltag professionell Pflegenden. Der „Aktivierungskomplex“ mindert funktionelle Beeinträchtigungen, stabilisiert die häusliche Versorgung, verbessert soziale Teilhabe und fördert bzw. erhält die Pflegebereitschaft der Angehörigen (Schweizer/Kammerhoff 2013, S. 6 f.). Die Ergebnisse des Modellprojektes führten zu der Überlegung, dass die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Personen nachhaltig verbessert werden könnte, wenn in ambulanten Pflegediensten Beratende bzw. Fallmanagerinnen und Fallmanager eingesetzt würden. Für den zukünftig routinemäßigen Einsatz von Fallmanagerinnen und -managern ist die Finanzierbarkeit abzuklären (ebd., S. 119).

Teile des Aktivierungskomplexes sind pflegerischer, andere ergotherapeutischer Art. Beide enthalten edukative sowie beratende Elemente. Ziel dieser Angebote ist die Sicherung des Verbleibs in der Häuslichkeit und die Stärkung der ambulanten Pflege. Es konnten im Projekt zwar keine Verbesserungen der körperlichen Funktionalität bei den Teilnehmenden nachgewiesen werden, aber eine Stabilisierung der Versorgungssituation und ein deutlich reduziertes subjektives Schmerzempfinden. Durch die Intervention gelang es pflegebedürftigen Menschen, bei sich wieder Potenziale und Ressourcen wahrzunehmen, die sie längst verloren geglaubt hatten. Damit konnte die Motivation geweckt werden, der eigenen Hilfsbedürftigkeit etwas entgegenzusetzen. Durch das Trainieren von alltäglichen Aufgaben, die dadurch wieder selbstständig gemeistert werden können, gelingt ein positiver Beitrag zur Selbstwirksamkeit und zur Lebensqualität. Zudem wurde die eigene defizitorientierte Sichtweise hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit in den Hintergrund gerückt und das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten nahm zu.

Positiv von den Angehörigen wurde gewertet, dass über den Projektzeitraum von drei Jahren ein Coaching angeboten wurde, das die Sicherheit erhöhte, die Anforderungen der informellen Pflege zu bewältigen. Es konnte auch gezeitigt werden, dass sich

Beratungsbedarfe im häuslichen Bereich eher situationsbedingt ergeben und daher in die aktivierende und pflegerische Leistung eingebettet werden sollten. Geht es um komplexe Hilfesituationen, sind jedoch Pflegestützpunkte notwendige Anlaufstellen. Die Frage zur Verstetigung des Aktivierungskomplexes in der häuslichen Pflege konnte zum Ende der Modelllaufzeit noch nicht abschließend geklärt werden. Positiv ist zu werten, dass für die Intervention ein Curriculum zur Schulung der aktivierenden Pflege für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen sowie für professionelle Pflegekräfte und Aktivierungscoachs Schulungsmaterialien entworfen wurden (Schweizer/Kammerhoff 2013, S. 69 ff.).

Hinsichtlich der Wirksamkeit des Programms sind keine signifikanten funktionellen Verbesserungen feststellbar. Dennoch konnte eine Stabilisierung des Zustands über einen Zeitraum von drei Jahren nachgewiesen werden (ebd., S. 106).

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Schweizer und Kammerhoff 2013: Daheim aktiv	7 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Setting-Ansatz - Multiplikatorenkonzept - Empowerment - Qualitätsmanagement - Dokumentation/Evaluation

Tab. 26: Qualitätsbewertung des Programms „Daheim Aktiv“

Ein Teilprojekt der Hamburger LUCAS-Studie (Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie) wurde der Thematik Pflegesprechstunden im klinisch-geriatrischen Setting gewidmet. Die Pflegesprechstunde ist für Menschen gedacht, die zu Hause Unterstützung zur Erhaltung und Wiedererlangung ihrer Mobilität nach einer Krankenhausentlassung benötigen, damit sie so lange wie möglich im häuslichen Setting bleiben können. Ergebnisse des Projekts waren u. a.:

- Die Mobilität und die Lebensqualität konnten durch eine kontinuierliche ressourcenorientierte Beratung nachhaltig beibehalten werden.
- Pflegefachkräfte konnten durch das neu entwickelte Schulungskonzept ihre Beratungskompetenzen gezielt vertiefen und somit ihre Handlungskompetenzen und ihr Berufsverständnis erweitern.

Eine langzeitige Nachbetreuung festigt somit nachhaltig die Mobilität und sichert Rehabilitationserfolge. Offenbar wurde aber auch, dass es an Kompetenz und ressourcenorientierten Konzepten fehlt, um Mobilität bei älteren Menschen zu erhalten und zu fördern, obwohl eine kontinuierliche ressourcenorientierte Beratung nachhaltig

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

die Mobilität und Lebensqualität verbessert. Der Begriff der Mobilität konnte über den funktionellen Status hinaus erweitert werden (siehe Abbildung 90). Es ließen sich Tendenzen erkennen, dass Frauen und Männer einen unterschiedlichen funktionellen Status aufweisen sowie unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf Mobilität besitzen. Erst die Berücksichtigung aller drei Dimensionen von Mobilität bei der Beratung sichert deren Erfolg (Strupeit et al. 2011).

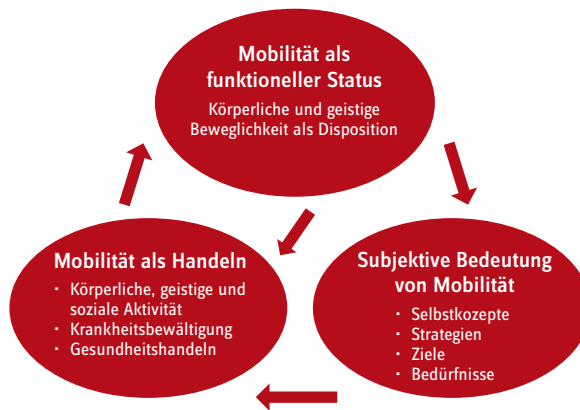


Abb. 90: Multidimensionales Konzept von Mobilität
Quelle: Strupeit et al. 2011, S. 92

Im Hinblick auf die Wirksamkeit für die Pflegebedürftigen ist festzuhalten, dass durch eine ressourcenorientierte Beratung die Mobilität und die Lebensqualität nachhaltig beibehalten werden konnte (ebd., S. 91).

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Strupeit et al. 2011: Pflugesprechstunden im geriatrischen Setting	7 von 12: - Konzeption - Zielgruppenbezug - Setting-Ansatz - Multiplikatorenkonzept - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Empowerment - Dokumentation/Evaluation

Tab. 27: Qualitätsbewertung der „Pflugesprechstunden“

Costello und Edelstein untersuchten die Wirksamkeit von Sturzprophylaxe-Programmen im Rahmen eines Reviews. Zur Sturzprophylaxe wurden Interventionen wie die Über-

weisung an Fachärztinnen und -ärzte, die Einschätzung der Medikation mit Aufklärung und Modifikationen, Visusbeurteilung, Hausbesuche zur Einschätzung von Gefahren, Schulung der Betroffenen zu Sturzrisiken, Ernährungsberatung und Übungsanleitungen für gesundes Altern, Mobilitäts- und Gleichgewichtstrainingsprogramme und ggf. Psychopharmaka-Entzug gezählt. Ergebnisse des Reviews sind, dass Sturzprophylaxe-Programme, die mehrere der aufgezählten Faktoren adressieren, sich als effektiver herausstellten. Körperliches Training und die Beurteilung von Sturzgefahren in der Häuslichkeit tragen zur Verringerung von Stürzen bei. Alle Gefährdungsbeurteilungen wurden in der Häuslichkeit des sturzgefährdeten Menschen von Gesundheitsfachkräften, allein oder zu zweit, durchgeführt. Dabei waren folgende berufliche Qualifikationen vertreten: Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Ergotherapeutin/Ergotherapeut und Pflegefachkraft (Costello/Edelstein 2008, S. 1144).

Mausbach et al. untersuchten in einer Meta-Analyse den Zusammenhang von eingeschränkter körperlicher Aktivität und Depression. Sie fanden heraus, dass Aktivitätseinschränkungen in Kombination mit Krankheiten eine Bedrohung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie deren pflegende Angehörige darstellen. Sinnvoll ist dann die Überprüfung des Aktivitätsniveaus und die Vermeidung von Aktivitätseinschränkungen zur Vorbeugung von Depressionen (Mausbach et al. 2011).

10.2.2 Ernährung

Es gibt allgemeine, gesicherte Erkenntnisse darüber, dass nur eine adäquate Ernährung (mengenmäßig und hinsichtlich der erforderlichen Nährstoffe) sicherstellen kann, dass die zur Gesunderhaltung notwendigen Energie- und Eiweißmengen sowie ausreichend Mikronährstoffe aufgenommen werden (Volkert 2015).

Bonnefoy et al. (2015) konnten keine ernährungsbezogene Intervention und auch kein Konzept zu Nahrungsergänzungsmitteln identifizieren, das sich als wirksam bei der Prävention oder Behandlung von Frailty erwies.

Pflegebezogene Leitlinien, insbesondere zum Umgang mit Mangelernährung und Dehydrierung, sind im Expertenstandard Ernährungsmanagement (DQNP 2017) enthalten.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) ist federführend bei der wissenschaftlichen Aufbereitung von Themen rund um Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Ernährung. Unter anderem wurden zehn Regeln einer vollwertigen Ernährung aufgestellt, die zur Gesunderhaltung beitragen sowie Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden fördern. Dazu gehören:

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

- Abwechslungsreiches Essen
- fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag
- vorwiegend Vollkornprodukte
- Sparen von Zucker und Salz
- die Auswahl mit tierischen Lebensmitteln ergänzen
- gesundheitsfördernde Fette nutzen
- am besten Wasser trinken
- schonend zubereiten
- achtsam essen und genießen
- auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben
- (DGE 2017, S. 1 f.)

Weiterhin hat die DGE das Projekt „In Form“ initiiert, welches auch ältere Menschen adressiert. Es sind zahlreiche Broschüren und Empfehlungen der DGE für die Umsetzung entstanden. Auch die Inanspruchnahme von Essen auf Rädern, der Umgang mit Kau- und Schluckstörungen, Ernährung im Alter sowie Mangelernährung im Alter werden von der DGE berücksichtigt.

Die DGE ist der Auffassung, dass sowohl die ausgewogene Ernährung im Alter gerade hinsichtlich Lebensmitteln mit einer hohen Nährstoffdichte von Bedeutung ist, aber Essen auch Genuss und Freude bringen sollte (DGE 2018). Daher sollten Ess- und Trinkgewohnheiten und erkrankungsbedingte Erfordernisse bei der Ernährung möglichst in Einklang gebracht werden.

Zu beachten ist, dass es ein sog. Obesity-Paradox gibt: Mehrere Studien konnten zeigen, dass Übergewicht bis zu einem BMI von rund 30 ältere Menschen vor Erkrankungen und frühzeitiger Sterblichkeit schützen kann und schädliche Wirkungen erst ab einem BMI über 30 auftreten (Mathus-Vliegen 2012), sodass insbesondere für gebrechliche Ältere eine Maßnahme zur Verringerung des Gewichtes mit dem Arzt abgestimmt werden sollte.

Das Setting hat auch entscheidenden Einfluss auf die Ernährung pflegebedürftiger Personen. Wenn Mahlzeiten nicht mehr selbst zubereitet werden können, ist die pflegebedürftige Person auf das Umfeld angewiesen (Essen auf Rädern, Einkauf/Zubereitung der Kost durch Angehörige oder den ambulanten Pflegedienst). Das Risiko einer Mangelernährung ist im Alter hoch. Diese kann auch im Zusammenhang mit Übergewicht auftreten (qualitative Mangelernährung), wenn die notwendigen Nährstoffe und Mineralien nicht ausreichend aufgenommen werden.

Eng im Zusammenhang mit der Ernährung steht die Mundgesundheit. Um dem Verlust von Zähnen vorzubeugen, bedarf es konsequent präventiv ausgerichteter Maßnahmen,

auch im Alter. Angesichts „deutlicher Defizite“ bei der zahnmedizinischen Versorgung pflegebedürftiger Personen und Menschen mit Behinderung in Deutschland haben die zahnärztlichen Bundesverbände 2010 ein wissenschaftliches Konzept erarbeitet, welches „der vertragszahnärztlichen Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen [über regionale Projekte und „Best-Practice-Ansätze“ hinaus] die Kontinuität gibt, die für eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit und der Lebensqualität notwendig ist“ (Allroggen et al. 2010).

Im Mittelpunkt der Betreuung behinderter, betagter, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen, die aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen nicht fähig sind, selbstgesteuert Mundhygiene zu betreiben, stehen präventive Maßnahmen. Sie sind weitgehend unabhängig von äußeren Bedingungen durchführbar. Dazu gehören vor allem:

Ein regelmäßiger Mundgesundheitscheck ist von hoher Bedeutung, insbesondere die Beachtung der Entstehung von Wurzelkaries, der Veränderungen der Mundschleimhaut und des Parodonts sowie im Hinblick auf beginnende Krankheitsprozesse im Mund (Neubildungen, Karzinome). Eine regelmäßige Reinigung von Prothesen und eine lokale Fluoridierung, welche freiliegende Wurzeloberflächen einbeziehen soll, wird empfohlen. Bei Hygienemaßnahmen hinsichtlich der Zahnputztechnik oder Prothesenreinigung soll durch Pflegepersonal oder Angehörige Hilfestellung geleistet werden. Eine Ernährungsberatung soll ebenfalls unter Einbeziehung der Pflegekräfte und Angehörigen erfolgen. Weiterhin gehört dazu die Überprüfung der Funktionstüchtigkeit prothetischer Versorgungen (Allroggen et al. 2010, S. 16 f.).

Besondere präventive zahnärztliche Leistungen sollen innerhalb der Gruppe behinderter, betagter, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen allen Versicherten zugutekommen, die in ihrer Mundhygienefähigkeit eingeschränkt sind, wie die folgende Abbildung 91 verdeutlicht.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

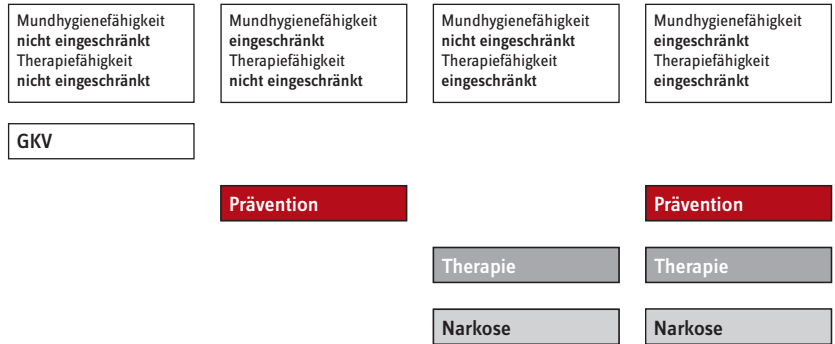


Abb. 91: Zielgruppen für präventive zahnärztliche Leistungen im Konzept „Mundgesund trotz Handicap im Alter“

Quelle: Allroggen et al. 2010, S. 16.

Obwohl der vorgestellte Ansatz keine erprobte Intervention, sondern nur ein Konzept ist, wurde trotzdem eine Bewertung anhand der Good-Practice-Kriterien für Gesundheitsförderungs- und Präventions-Maßnahmen vorgenommen – das Ergebnis ist daher nur eingeschränkt mit den anderen vergleichbar. Aussagen zur Wirksamkeit sind daher nicht möglich.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Allroggen et al. 2010: Mundgesund trotz Handicap im Alter	6 von 12 (da nur „Konzept“, sind nicht alle Kriterien bewertbar): <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Empowerment

Tab. 28: Qualitätsbewertung des Konzepts „Mundgesund trotz Handicap im Alter“

Seit dem 1. Juli 2018 haben Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen einen Leistungsanspruch zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22 a SGB V. „Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden“ (§ 22 a Absatz 1 SGB V).

Die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Vorschrift regelt Art und Umfang der Leistungen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018). Bei Versicherten mit eingeschränkter Mobilität können die Leistungen auch im häuslichen Umfeld erfolgen. Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe (ebd., S. 4):

- a) der gegenüber der Versicherten oder dem Versicherten und gegebenenfalls der Pflege- oder Unterstützungspersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und/ oder Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie,
- b) der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel,
- c) ob die Maßnahmen von der Versicherten oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind,
- d) zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

10.2.3 Kognitive Ressourcen

Es konnten keine Studien identifiziert werden, die einen Wirksamkeitsnachweis für die Förderung kognitiver Ressourcen durch rein kognitives Training bei Personen mit Pflegebedarf erbringen (Livingston et al. 2017, S. 12). Dagegen konnten in einer Studie bei älteren Personen mit Frailty allein mittels körperlicher Bewegung die kognitiven Fähigkeiten verbessert werden. Die Autoren schlussfolgerten, dass eine Kombination aus rhythmischen Übungen (aerobic training) und Ausdauertraining die exekutiven Funktionen, die Schnelligkeit der Informationsverarbeitung und das Arbeitsgedächtnis verbessert (Langlois et al. 2012).

Wie bereits im vorherigen Abschnitt zur körperlichen Aktivität deutlich wurde, bedarf es mehrheitlich einer Kombination unterschiedlicher Maßnahmen bzw. auch eines multimodalen Ansatzes aus Bewegungs- und Gedächtnistraining. Beispielsweise wurde nachgewiesen, dass die Kombination aus gesunder Ernährung, körperlicher und sozialer Aktivität geistigem Abbau vorbeugt (Alferink et al. 2010, S. 18 ff.).

Dennoch sollen an dieser Stelle zwei Interventionen vorgestellt werden: das SimA®-Programm (Oswald et al. 2012), welches sowohl die körperlichen (motorischen) als auch kognitiven Fähigkeiten fördert, und die MAKs-Therapie (Straubmeier et al. 2017), die zwar in der Tagespflege getestet wurde, aber dennoch die Zielgruppe der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen betrachtet.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Oswald et al. 2012 entwickelten das SimA®-Programm zur Förderung der motorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter. Es soll mit gezielten nicht-medikamentösen Ansätzen den degenerativen Prozessen im Gehirn entgegenwirken. Diese Längsschnittstudie mit Intervention läuft seit 1991. Ziel ist die Hinauszögerung von demenziellen Veränderungen oder, bei bereits bestehender Demenz, eine Verlangsamung ihres Voranschreitens. Geleitet werden die Trainingseinheiten durch geschultes Personal sowie Physiotherapeuten. Die Trainingseinheiten dauern 60 bis 90 Minuten. Der Schwierigkeitsgrad der Übungen kann problemlos an Teilnehmende mit unterschiedlichen Anspruchsniveaus angepasst werden. Aufgrund der Anpassungsfähigkeit des Trainings eignet sich dieses Programm sowohl für demente Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner als auch für gesunde rüstige Seniorinnen und Senioren. Es schließt auch ambulant versorgte Pflegebedürftige mit ein (Oswald et al. 2012, S. 14).

Wesentliche Ergebnisse der Studie sind, dass die Kombination aus psychomotorischen und kognitiven regelmäßig durchgeführten Übungseinheiten die Gedächtnisleistung, den Gesundheitszustand sowie die Selbstständigkeit der Teilnehmenden über Jahre verbesserte. Eine demenzielle Erkrankung trat unter den Teilnehmenden wesentlich seltener auf. In einer Folgestudie wurde dieses Übungsprogramm aus geistigem und körperlichem Training in Pflegeheimen bei Menschen mit Demenz erprobt. Es wurden gute therapeutische Wirkungen erzielt. Ein weiteres Ergebnis ist, dass reines Gedächtnistraining nicht zu den eben beschriebenen Effekten führte (Oswald et al. 2012, S. 5; Oswald et al. 2002).

Im Hinblick auf die Wirksamkeit wurde festgestellt, dass die Kombination aus körperlichem und geistigem Training therapeutisch wirkt.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Oswald et al. 2012: SimA®	7 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Partizipation - Empowerment - Nachhaltigkeit - Dokumentation/Evaluation

Tab. 29: Qualitätsbewertung zu dem Projekt „SimA®“

Die an der Universität Erlangen-Nürnberg entwickelte, bereits im Pflegeheim erfolgreich erprobte Mehrkomponententherapie MAKS (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial) wurde im Zeitraum 2014 bis 2017 mit Fördermitteln des GKV-Spitzenverbandes für den Einsatz in der Tagespflege angepasst und getestet – Demenz-Tagespflege-MAKS (DeTa-

MAKS) (Straubmeier et al. 2017). Mit DeTaMAKS soll durch gezielte Förderung der alltagspraktischen Fähigkeiten der Tagesgäste mit kognitiven Beeinträchtigungen ein Beitrag zur Weiterentwicklung des Angebots Tagespflege in Richtung „Tagesförderung“ geleistet werden, und damit auch zur Selbstständigkeit im häuslichen Alltag. Dies stärkt die Umsetzung sekundär präventiver und rehabilitativer Leistungen und hilft, die pflegerische Belastung der Angehörigen zu reduzieren.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Die Intervention (MAKS-Therapie) beinhaltet vier Komponenten, die in vorgeschriebener Reihenfolge (strukturiertes Manual) eine ca. zwei Stunden lange Interventionseinheit bilden:

„Die tägliche Einheit beginnt mit einer circa 10-minütigen sozialen Einstimmung (zum Beispiel Begrüßungsrunde). In der folgenden circa 30-minütigen sensomotorischen Aktivierung werden mit Lockerungsübungen, Bewegungsspielen sowie verschiedenen Spiel- und Sportarten die allgemeine Beweglichkeit, die Grob- und Feinmotorik, das Gleichgewicht sowie die Sinneswahrnehmung geübt. Nach einer Pause schließt sich die kognitive Aktivierung an, in der circa 30 Minuten lang zum Beispiel das Merken, Wiedererkennen, Assoziieren sowie spezielle kognitive Fähigkeiten wie Sprachverständnis und logisches Denken durch Beamer- oder Papier- und Bleistift-Übungen gefördert werden. Die abschließende circa 40-minütige alltagspraktische Aktivierung (umfasst auch Haushalts- oder Handwerkstätigkeit) fördert Grob- und Feinmotorik, Beweglichkeit sowie insbesondere das prozedurale Gedächtnis“ (Straubmeier et al. 2017, S. 816).

Im Rahmen der DeTaMAKS-Studie lag die Zahl der Interventionseinheiten bei ein bis fünf pro Woche, je nach Häufigkeit des Tagespflegebesuchs der Teilnehmenden. Die Interventionsphase lag bei sechs Monaten. Die Auswertungsstichprobe umfasste 32 Tagespflegeeinrichtungen (bundesweit), 362 Personen (Tagesgäste) mit einem Durchschnittsalter von 81,3 Jahren (+/- 7,5 Jahre) - 61 % davon Frauen. Rund 50 % der Teilnehmenden hatte Pflegestufe I, 11 % eine eingeschränkte Alltagskompetenz und knapp 60 % Depressivität. Der kognitive Status wurde anhand des MMSE sowie des ETAM Erlangen Test of ADL in Persons with Mild Dementia or Mild Cognitive Impairment festgestellt.

Im Ergebnis ließ sich feststellen, dass die MAKS-Therapie durchschnittlich die alltagsrelevanten Zielgrößen „kognitive Fähigkeiten“ und „alltagspraktische Fähigkeiten“ stabilisierte, während sich diese in der Kontrollgruppe signifikant verschlechterten (siehe Abbildung 92). „Die MAKS-Therapie ist wie alle nichtmedikamentösen Therapieansätze symptombezogen. Bei einer derartigen nichtkausalen Therapie eines neurodegenerativen Prozesses ist keine durchschnittliche Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erwarten. Vielmehr ist eine durchschnittliche Stabilisierung der Leistungsfähigkeit für einen bestimmten Zeitraum ein realistisches optimales Therapieziel. Vor diesem Hintergrund ist die MAKS-Therapie in Bezug auf den Zielparameter

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Kognition als effektiv einzustufen. Dieser Effekt lässt sich bereits in der Subgruppe der Tagespflegegäste mit MCI beobachten“ (ebd., S. 819).

Das Gruppenangebot MAKStherapie erwies sich auch bei zu Hause lebenden Menschen mit milder kognitiver Einschränkung bis mittelschwerer Demenz als wirksam – sogar bereits bei nur ein bis zwei Interventionen pro Woche und unabhängig vom Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung. Im Pflegeheim konnte ermittelt werden, dass die positiven Effekte über eine Zeitspanne von zwölf Monaten feststellbar sind. Im ambulanten Setting müsste dies in zukünftigen, länger laufenden Studien eruiert werden (ebd., S. 820).

Die Wirksamkeit konnte auch über das Therapieende hinaus bestätigt werden (Luttenberger et al. 2012, S. 2 f.).

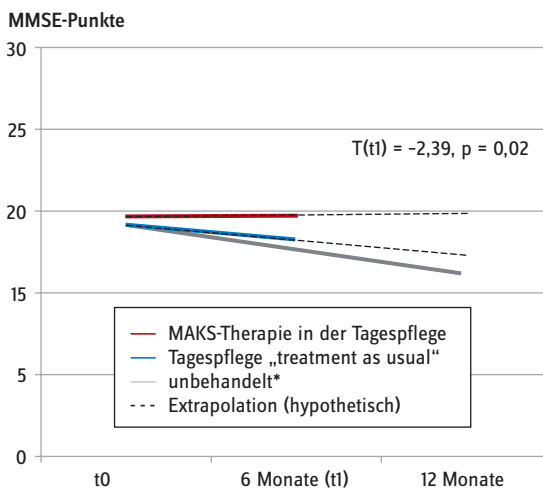


Abb. 92: Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten in der DeTaMAKS-Intervention
Quelle: Straubmeier et al. 2017, S. 818.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Straubmeier et al. 2017:	9 von 12:
Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen.	- Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz
Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie	- Nachhaltigkeit - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Empowerment - Qualitätsmanagement - Dokumentation/Evaluation

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Tab. 30: Qualitätsbewertung zu dem Projekt „DeTaMaks“

10.2.4 Psychosoziale Gesundheit

Im Modellprojekt Mannheim gegen Einsamkeit (MAG1) ist ein Netzwerk aus verschiedenen Akteuren entstanden, welches sich aus Ärztinnen und Ärzten, sozialen Einrichtungen und Pflegediensten im Quartier zusammensetzt, um pflegebedürftige Menschen vor Vereinsamung und sozialer Isolation zu schützen. Teil dieses Netzwerks sind derzeit 15 ehrenamtliche Patinnen und Paten, die ältere Menschen auf ihrem Weg zurück ins gesellschaftliche Leben unterstützen. Die Vermittlung der pflegebedürftigen Menschen erfolgt z. B. über die Hausärztin bzw. den Hausarzt oder die Sozialarbeiterin bzw. den Sozialarbeiter an das Netzwerkbüro, das wiederum für die Vermittlung der Patinnen und Paten zuständig ist.

Herausforderungen bestehen dahingehend, dass viele Hilfebedürftige sich ihre Einsamkeit nicht eingestehen oder mit Misstrauen reagieren. Das erfordert Zeit und Einfühlungsvermögen. Bisher konnte 120 Personen eine Begleitung angeboten werden. Etwa 30 Personen konnten erfolgreich wieder eingegliedert werden. Etwa 60 Personen brauchen eine längerfristige intensive Betreuung. Die anderen 30 Personen lehnten die Begleitung ab (Besier/Mayer 2017, S. 3; Allgeier 2018, S. 11).

Es sind keine Aussagen zur Wirksamkeit des Programms möglich, da Angaben dazu fehlen.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Besier und Meyer 2017: MAG1	8 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment

Tab. 31: Qualitätsbewertung zu dem Projekt „MAG1“

Ein zweites Projekt im Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit unterstützt mobilitäts-eingeschränkte Personen aller Altersgruppen im öffentlichen Personennahverkehr. Es heißt „Mobilitätstraining macht fit für den ÖPNV“ (IGES 2018) und basiert auf theoretischen und praktischen Übungen für Seniorinnen und Senioren oder Mobilitätseingeschränkte sowie für ÖPNV-Unerfahrene wie Schülerinnen und Schüler. Die Zielgruppe sind vor allem ältere Menschen mit und ohne Mobilitätseinschränkungen.

Ziel des Projekts ist es, Unsicherheiten und Hindernisse hinsichtlich der Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) abzubauen und damit Mobilität und Teilhabe zu erhöhen. IGES entwickelte dazu ein Schulungsprogramm, das modular aufgebaut ist und einen theoretischen und einen praktischen Teil umfasst. Der theoretische Teil beinhaltet Fahrplanlesen, Ticketkauf oder die Nutzung von Online-Serviceangeboten. Im praktischen Teil wird richtiges Verhalten etwa beim Ein- und Aussteigen in Busse oder Bahnen mit Hilfsmitteln wie Rollator, Rollstuhl, Gehhilfe oder Kinderwagen trainiert (IGES 2018).

Die Wirksamkeit des Mobilitätstrainings wurde nicht wissenschaftlich untersucht.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
IGES 2018: Mobilitätstraining macht fit für den ÖPNV	7 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Empowerment - Nachhaltigkeit

Tab. 32: Qualitätsbewertung „Fit für den ÖPNV“

Markle-Reid et al. untersuchten in ihrer Studie die Möglichkeiten der Förderung der psychischen Gesundheit durch den Einsatz einer Pflegefachkraft, welche eine evidenzbasierte Strategie zur Behandlung von Depression anwendete. Die Teilnehmenden wurden mithilfe der GDS gescreent, um das Risiko einer Depression festzustellen. Sie erhielten u. a. Case-Management und wurden monatlich zu Hause besucht. Anschließend wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mithilfe des HRQOL gemessen. Die Inanspruchnahme von Rettungs- und Notfalldiensten sowie Krankenhausaufenthalte reduzierten sich während der Studiendauer (Markle-Reid et al. 2014), was die Wirksamkeit bezogen auf die Dauer der Studie bestätigt.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Markle-Reid et al. 2014: An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms (USA)	7 von 12: - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung - Dokumentation/Evaluation

Tab. 33: Qualitätsbewertung „Nurse-led health promotion“

Johnson et al. untersuchten die Reduktion von Rehospitalisierungen durch ein Kriseninterventionsprogramm bei Menschen mit Demenz und damit einhergehenden schweren psychiatrischen Komplikationen. Die Durchführung der Intervention erfolgte durch zugelassene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit Kompetenzen zu Alter und mentaler Gesundheit sowie Demenz und Depression. Durch gezielte Beratung und Schulung der Angehörigen zu den Akutphasen und einer Krisenplanung im Vorfeld reduzierten sich bei den Demenzerkrankten signifikant die Ängste, Depressionen, Pflegebedürftigkeit und impulsives Verhalten. Verbale Ausbrüche und Wandertendenzen waren rückläufig (Johnson et al. 2013), was die Wirksamkeit der Intervention bestätigt.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Johnson et al. 2013: Treatment Outcomes of a Crisis Intervention Program for Dementia With Severe Psychiatric Complications: The Kansas Bridge Project (USA)	7 von 12: - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Empowerment - Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Tab. 34: Qualitätsbewertung „Kriseninterventionsprogramm bei Demenz“

10.2.5 Prävention von Gewalt

Zur Prävention von Gewalt innerhalb der Pflege durch Angehörige entwickelten Zank und Schacke 2013 das PURFAM-Ablaufschema (Abbildung 93).

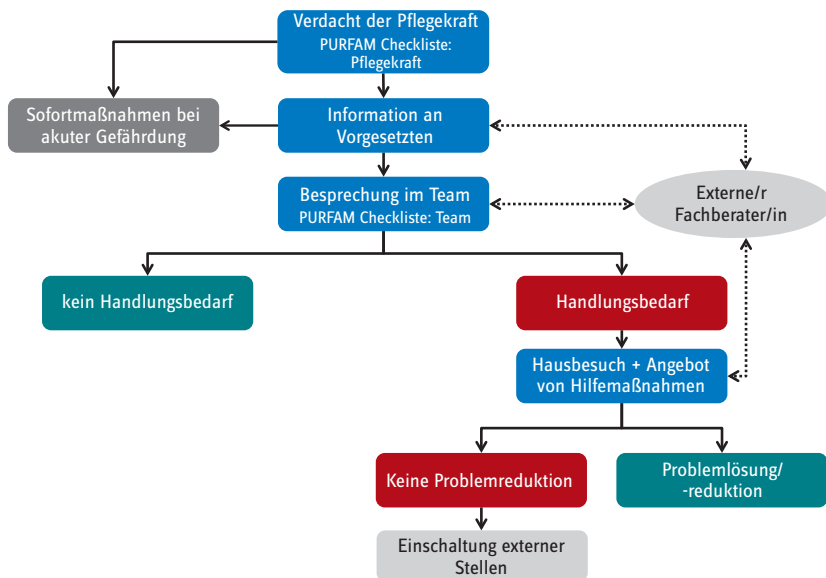


Abb. 93: PURFAM-Ablaufschema für Pflegesituationen mit Gewaltverdacht
Quelle: Zank 2013, S. 11

Dieses Schema bietet ein standardisiertes Vorgehen zur Erkennung von häuslicher Gewalt bei Klientinnen und Klienten von ambulanten Pflegediensten. Zielgruppe sind ambulant versorgte Pflegebedürftige, die auch durch Angehörige pflegerisch versorgt werden. Ziel ist es, Anzeichen und Risiken für Gewalt frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen, Übergriffe zu verhindern. Zentrale Ergebnisse sind, dass ambulante Pflegedienste trotz hoher Aufgabendichte und schwieriger Rahmenbedingungen an Möglichkeiten der Gewaltprävention interessiert sind und die Instrumente zur Einschätzung sich als praxistauglich erwiesen – jedoch mit hohem Aufwand verbunden sind. Die Handlungssicherheit und das Kompetenzerleben der Pflegekräfte nahm bei Einsatz der entwickelten Instrumente zu (Zank/Schacke 2013, S. 84).

Die Einschätzung der Wirksamkeit im Hinblick auf die Erkennung von Gewaltsituationen durch Pflegekräfte und die Verhinderung gewalttätiger Übergriffe kann – aufgrund fehlender Informationen dazu – nicht erfolgen.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Zank und Schacke 2013: PURFAM	9 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment - Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung - Dokumentation/Evaluation - Qualitätsmanagement

Tab. 35: Qualitätsbewertung des Projekts „PURFAM“

Das mehrfach prämierte Berliner Online-Beratungsangebot „pflegen-und-leben.de“ (Catania 2016) bietet psychologische Hilfe, Unterstützung und Information für pflegende Angehörige bei seelischer Belastung im Pflegealltag. Gesetzlich versicherte, hilfeschuchende Personen können sich anonym, kostenfrei und datensicher auf dem Beratungsportal www.pflegen-und-leben.de anmelden und Fragen bzw. Sorgen per E-Mail senden. Geschulte Psychologen nehmen dann Kontakt auf (je nach Wunsch per Mail oder audiovisuell) und suchen mit den Betroffenen nach Lösungswegen. Über einen Zeitraum von einem halben Jahr können bis zu acht ausführliche Beratungskontakte in Anspruch genommen werden.

Eine externe Evaluation des Konzepts 2012/13 erbrachte folgendes Ergebnis: Das pflegebedingte Belastungserleben konnte zum Post-Messzeitpunkt signifikant reduziert werden. Die Teilnehmenden wiesen ebenso reduzierte Stress-, Angst- und depressive Symptomatiken auf. Die Selbstwirksamkeit sowie die wahrgenommene pflegebedingte persönliche Reifung stiegen signifikant. Die Teilnehmenden empfanden die Arbeitsbeziehung mit den Beratenden als sehr stabil und vertrauensvoll – insgesamt waren sie mit der Online-Beratung sehr zufrieden (Wolf o.J., S. 3).

Das Angebot stellt keine Krisenberatung dar, sondern will möglichst frühzeitig bei sich abzeichnenden Belastungen und seelischen Problemen im Zusammenhang mit der häuslichen Pflegesituation Unterstützung anbieten. Die Webseite bietet ergänzend umfangreiche Informationen und Literaturempfehlungen zur Erkennung und Vorbeugung solcher Problemlagen sowie zu Übungen für die Stressbewältigung.

Die Wirksamkeit der Intervention wurde durch die externe Evaluation bestätigt: Reduktion von Stress, Angst und Depression sowie signifikante Steigerung der Selbstwirksamkeit (ebd., S. 3).

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Wolf o. J.: Psychologische Online-Beratung für pflegende Angehörige	9 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Setting-Ansatz - Multiplikatorenkonzept - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment - Dokumentation/Evaluation - Kosten-Wirksamkeitsverhältnis

Tab. 36: Qualitätsbewertung „Psychologische Onlineberatung für pflegende Angehörige“

Bieler 2018 und Nimmesgern/Bäuerle 2016 untersuchten Gewaltpotenziale in der Pflege, denen das Pflegepersonal ausgesetzt ist. Dem kann mit entsprechenden Kommunikationstechniken, der Sensibilisierung hinsichtlich des Themas Gewalt am Arbeitsplatz, durch Schaffung einer Vertrauenskultur, der Sicherstellung eines sicheren und gesunden Arbeitsplatzes, dem Angebot eines Deeskalationstrainings mit regelmäßiger Auffrischung der Inhalte und Techniken, Dienstvereinbarungen sowie Gefährdungsbeurteilungen durch das Pflegepersonal begegnet werden. Die Gewaltprävention am Arbeitsplatz ist Teil des Arbeitsschutzes: Bei gefährlicher Alleinarbeit kann der Einsatz von Personen-Notsignal-Geräten unterstützen. Der Ablauf des Alarmierungssystems, ein darauf aufbauender Notfallplan und eine Rettungskette sollten festgelegt sein. Auch das Vorhandensein von Fachkonzepten zur Betreuung spezieller Personengruppen mit erhöhtem Gewaltpotenzial ist von Vorteil (Bieler 2018, S. 22; Nimmesgern/Bäuerle 2016, S. 24).

Es können keine Aussagen zur Wirksamkeit getroffen werden, da diese nicht gezielt untersucht wurde.

10.2.6 Suchtprävention

Im Auftrag des BMG wurde durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ein Ratgeber für Sucht im Alter in der Pflege erstellt. Dessen Grundlage ist, dass Suchtmittelkonsum im Alter häufig nicht oder erst spät entdeckt wird (Kuhn o. J. a), S. 6). Häufigste Suchtmittel sind Alkohol und Medikamente (siehe auch Kapitel 5.3). Kuhn entwickelte für das ambulante Setting sowie für Einrichtungen der Sucht- und Altenhilfe einen Ablaufplan bei Verdacht auf problematischen Alkoholkonsum und Psychopharmaka-Missbrauch. Dieser Ratgeber entstand auf Basis von acht Modellprojekten, deren wesentliche Inhalte sich im Ratgeber wiederfinden.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen



Abb. 94: Ablaufplan bei Verdacht auf einen problematischen Alkoholkonsum
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kuhn o. J. a)

Zunächst erfolgt eine Situationsbeobachtung und Dokumentation, welche dann im Team im Rahmen einer Fallbesprechung diskutiert wird mit dem Ziel, anschließend das Gespräch mit dem oder der Pflegebedürftigen zu suchen (Kuhn o. J. a), S. 9). Die Risiken werden sorgfältig im interdisziplinären Team abgewogen. Erforderliche Maßnahmen werden in den Pflegeprozess eingebunden und anschließend mit der pflegebedürftigen Person besprochen. Willigt sie in die vorgeschlagenen Maßnahmen ein, findet die Umsetzung statt. In jedem Fall erfolgt eine Dokumentation des Vorgehens und der zuvor geführten Gespräche (Kuhn o. J. a), S. 11).

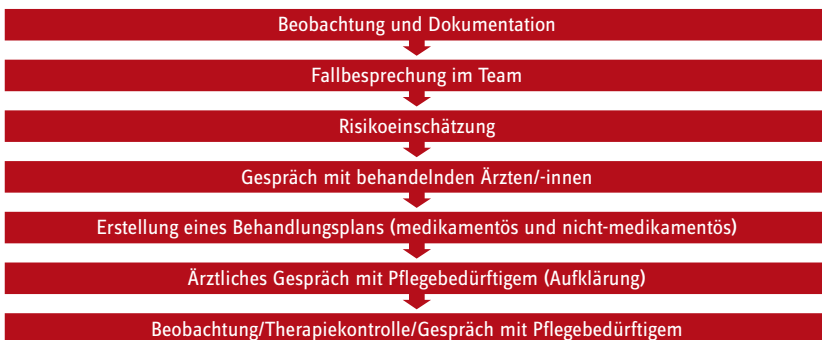


Abb. 95: Ablaufplan bei Verdacht auf einen Missbrauch von Psychopharmaka
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kuhn o. J. a)

Auch bei Verdacht auf Missbrauch von Psychopharmaka wird zunächst die Situation genau beobachtet. Eingenommene Medikamente werden akribisch dokumentiert und die Dokumentation anschließend im Rahmen einer Fallbesprechung im Team diskutiert.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Daraufhin folgt eine Risikoeinschätzung in Vorbereitung auf das Gespräch mit dem behandelnden Arzt bzw. der Ärztin. Gemeinsam im Team wird ein Behandlungsplan erstellt, in den medikamentöse und nichtpharmakologische Interventionen einfließen. Daraufhin erfolgt ein ärztliches Gespräch mit der betroffenen Person, in dem über die Erkenntnisse zum Missbrauch aufgeklärt wird sowie die Besprechung des Behandlungsplans erfolgt. Das pflegerische Personal beobachtet nun den Verlauf und geht mit der pflegebedürftigen Person ins Gespräch, um diesen Prozess zu begleiten (Kuhn o. J. a), S. 11 ff.).

Der Ratgeber zur Suchtprävention gibt zudem Aufschluss über mögliche Gesprächstechniken und bietet Kontaktdaten für Anlaufstellen, die das Vorgehen unterstützen. Darüber hinaus bietet die von der Bundesregierung aufgrund eines Beschlusses des Bundestages geförderte Webseite zum Thema „Sucht im Alter“ (www.alter-sucht-pflege.de) sehr ausführliche Informationen, Anleitungen und Arbeitshilfen zur Thematik, auch Adressen und Ansprechpartner von Modellprojekten in unterschiedlichen Settings. Der Webseite ist auch das folgende Fallbeispiel entnommen, das auf anschauliche Weise einen Interventionsablauf im ambulanten Setting beschreibt:

Fallbeispiel Herr F. - alkoholbezogene Intervention in der ambulanten Pflege

„Hr. F. ist 75 Jahre alt und lebt alleine im eigenen Haus. Er ist geschieden und hat zwei erwachsene Kinder. Hr. F. wird seit mehreren Monaten von einem ambulanten Pflegedienst betreut, ferner erhält er eine Betreuung durch eine Alltagsbegleiterin. Im Rahmen einer langjährigen Zuckererkrankung bestehen fortschreitende starke Sehstörungen. Aufgrund einer Polyneuropathie bestehen Gangstörungen und er ist auf einen Rollator angewiesen. Dennoch nutzt er noch seinen PKW.

In den letzten Monaten wurde Hr. F. mehrfach wegen Sturzverletzungen notfallmäßig zur stationären Krankenhausbehandlung eingewiesen. Die Stürze scheinen fast alle alkoholbedingt gewesen zu sein. Zunächst waren die Pflegerinnen sehr skeptisch, Herrn F. zu einer Änderung seines Trinkverhaltens bewegen zu können, da alle bisherigen Versuche gescheitert seien. Auch werde er sicherlich eine Kontaktaufnahme durch den Suchtberater ablehnen. Mittels der neuen Gesprächstechnik (in Anlehnung an die Motivierende Gesprächsführung) gelang es einer Pflegerin doch, Herrn F. über die Zusammenhänge zwischen Diabetes, Alkoholkonsum und seinen derzeitigen erheblichen gesundheitlichen Beschwerden aufzuklären und ihn zu bewegen, einer Kontaktaufnahme durch den Suchtberater zuzustimmen.

Hr. F. wurde nach telefonischer Terminvereinbarung zu Hause aufgesucht. Durch ein behutsames und zunächst nicht auf die Problematik fokussiertes Vorgehen entwickelte

sich überraschend schnell eine positive Beziehung. F. ist ein stolzer Mann mit guten kognitiven Fähigkeiten. Über Information und zugleich den Aufbau einer sicheren und von ihm als hilfreich erlebten Beziehung konnte eine tragfähige Arbeitsgrundlage geschaffen werden. In den Gesprächen ist sein Alkoholkonsum immer wieder Thema, steht aber zunächst nicht im Mittelpunkt. Neben den Alltagsthemen wird sukzessive das Thema Alkohol und eine Reduzierung des Konsums verstärkt. Explizit wird nicht das Ziel der Abstinenz formuliert, sondern ein deutlich reduzierter Konsum. Hr. F. erkennt, dass ihn die von ihm erlebte Einsamkeit und seine Einschränkungen der Mobilität sehr belasten. Dies habe zu seinem Trinken beigetragen.

In der Folge kommt es zu einer zunehmenden Reduzierung der Trinkmengen und Hr. F. schlägt vor, anstelle des gewohnten Bieres nun vorwiegend alkoholfreies Bier zu trinken. Ein wichtiger Schritt, zu dem der Klient auf Grund fehlender Fahrtauglichkeit bei erheblichen Seh- und Gangstörungen bestärkt wurde, ist das Ruhenlassen seiner Fahrerlaubnis und der Verkauf seines Fahrzeugs.

Der Alkoholkonsum des Herrn F. hat sich deutlich verringert und gab keine weiteren sturzbedingten Krankenhauseinweisungen. Da Herr F. nur wenige soziale Kontakte hat und um der Vereinsamung entgegen zu wirken, konnte er unter Einbezug seiner Kinder dazu bewegt werden, in ein stationäres Wohnangebot der Altenhilfe zu wechseln. Auch wurde der Kontakt zu einer Altentagesstätte hergestellt, die Hr. F. nun regelmäßig besucht und in der sich wohl fühlt und neue Kontakte geknüpft hat.“

Quelle: Kuhn o. J. b)

Im Rahmen dieses Projekts wurden Instrumente zur Erkennung von Substanzmissbrauch entwickelt. Inwiefern diese in der Praxis wirksam sind, kann nicht beurteilt werden.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Kuhn o. J. a): Ratgeber für Sucht im Alter in der Pflege	5 von 12: - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Dokumentation/Evaluation

Tab. 37: Qualitätsbewertung des Ratgebers „Sucht im Alter“

10.2.7 Präventiv ausgerichtete Versorgungskonzepte im ambulanten Setting

Einige der als beispielhaft identifizierten Interventionen beinhalten mehr als einzelne Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im engeren Sinn (wie beispielsweise Bewegungsübungen, Ernährungsprogramme oder Gedächtnistraining). Sie sind mehr im Sinne von gesundheitsförderlich ausgerichteten Versorgungsansätzen angelegt und beziehen auch den Prozess der Leistungserbringung mit ein, sodass hier der Verhältnisbezug mit zum Tragen kommt. Dabei können auch pflegende Angehörige Zielgruppe von Maßnahmen sein.

Der im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention in der Zielgruppe zu Hause versorgter Personen mit Pflegebedarf notwendige Kulturwandel hin zu einer Personenzentrierung in der Versorgung wurde bereits angesprochen (siehe Kapitel 10.1). Eine entsprechende Haltung des Gesundheitspersonals wird sich erst im Verlauf der Zeit herausbilden können. Darüber hinaus sind auch aktuelles Fachwissen zur Thematik und methodische sowie kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Umsetzung im Alltag erforderlich.

Horn und Schaeffer untersuchten anhand von zwölf Experteninterviews mit Pflegepersonal ambulanter Pflegedienste, inwieweit Erkenntnis hinsichtlich der Relevanz von Prävention in der ambulanten Pflege sowie ihrer Umsetzungsbedingungen besteht. Dabei zeigte sich, dass die Sensibilität für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung bislang gering ist, die Notwendigkeit hinsichtlich des demografischen Wandels noch nicht erkannt wird und die restriktiven Rahmenbedingungen den Handlungsspielraum im ambulanten Pflegealltag stark einschränken. Begrifflichkeiten und Konzepte (neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit, Prävention, aktivierende Pflege, Prophylaxen usw.) sind unklar (Horn/Schaeffer 2013, S. 35).

Seit August 2018 existiert eine Internetplattform des ZQP für nichtprofessionell Pflegende zum Thema Prävention in der Pflege (ZQP 2018). Die dort vorgestellten Informationen für Laien basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zu zehn Themenbereichen, die als relevant für die Pflege durch Angehörige gelten, z. B. körperliches und kognitives Training, Ernährung sowie Hygienemaßnahmen. Der Fokus dieser Maßnahmen liegt auf der nichtprofessionellen Pflege. Interventionen zur Prävention werden hier ausschließlich im Rahmen von Pflege- und Betreuungstätigkeit beschrieben. In diesem Rahmen werden Angehörige befähigt, Risiken zu erkennen und diesen vorzubeugen (ZQP 2018).

Görres et al. recherchierten 2013 im Auftrag des ZQP Präventionsmaßnahmen in der Pflege und bewerteten deren Wirksamkeit. Untersucht wurden ausschließlich Maßnahmen, die durch das Pflegepersonal durchgeführt werden können. Dazu sichtetten sie Studien, in denen präventive und gesundheitsförderliche Interventionen Anwendung

fanden und bewertet wurden. Im ambulanten Setting zeigte sich, dass der Erfolg präventiver Hausbesuche (pHB) nach bestehender Studienlage von der Intensität und Frequenz der Hausbesuche abhängt, wobei mögliche Effekte bisher nicht eindeutig zuzuordnen sind. Pflegerische Schulungs- und Beratungsprogramme können als erfolgversprechend angesehen werden, wenn sie auf Bewältigung chronischer Erkrankungen bei Hochbetagten und Prävention abzielen. Der Nutzen von Musik als pflegetherapeutische Maßnahme im ambulanten Setting ist nachweisbar (Görres et al. 2013, S. 4). Es konnten laut Görres et al. aber keine Empfehlungen für die Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Pflegeinterventionen gegeben werden, da die vorliegenden Studien methodische Schwächen aufweisen.

2017 wurde die bestehende Studienlage von den Autorinnen und Autoren erneut geprüft und neue Studien identifiziert. Die Dichte von pflegerisch relevanten Forschungsarbeiten und -ergebnissen zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention hat in den letzten Jahren zugenommen. Insb. für die Interventionsbereiche „spezielle Pflegekonzepte“, „Case Management“ sowie „Überleitungspflege und Entlassungsmanagement“ sind neue Erkenntnisse zu verzeichnen, die die bestehenden Ergebnisse untermauern. Dennoch konnten auch 2017 für die ambulante Pflege keine konkreten Handlungsempfehlungen zur regelhaften Implementierung gegeben werden (Görres et al. 2017, S. 77).

Im Projekt DESKK (Demenzspezifisches Kurzzeitpflegekonzept) wurde ein Konzept-Manual erstellt, welches aus einem systematischen Mobilitätsprogramm für Menschen mit Demenz sowie einem demenzspezifischen Beratungsprogramm für pflegende Angehörige besteht. Dadurch soll eine Mobilitätsverbesserung der Menschen mit Demenz und eine dauerhafte Reduktion der Belastung ihrer pflegenden Angehörigen erreicht werden. Ein Bestandteil sind niedrighschwellige, praxistaugliche Erhebungsinstrumente auf Grundlage validierter Assessments, anhand derer die Mobilität von Menschen mit Demenz und das subjektive Belastungsempfinden pflegender Angehöriger sowie deren Wissen über Demenz erhoben werden können.

Das Mobilitäts- und Beratungsprogramm kann auf Basis der Erhebungsinstrumente individuell an die Situation eines demenzkranken Menschen und seiner Angehörigen anpassen werden. Berücksichtigung finden auch individuelle Vorlieben der Betroffenen für die Modul- bzw. Übungsauswahl. Das Kurzzeitpflegekonzept wird in der Kurzzeitpflegeeinrichtung Haus St. Antonius in Paderborn erprobt. Die Erprobungsphase lief bis einschließlich September 2018. Während der Testphase waren auch halbstandardisierte Interviews mit Mitarbeitenden der Kurzzeitpflegeeinrichtung geplant. Die Projektergebnisse sind noch nicht veröffentlicht (Holle et al. 2018).

Da noch keine Projektergebnisse vorliegen, sind Aussagen zur Wirksamkeit noch nicht möglich.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Holle et al. 2018: DESKK	7 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment - Dokumentation/Evaluation

Tab. 38: Qualitätsbewertung des Projekts „DESKK“

Ein weiteres Projekt widmete sich der Bildung von Tandems zwischen pflegebedürftigen Personen und Pflegehelfenden. Das Programm „Healthy Moves for Aging Well“ in den USA besteht aus drei Bewegungsübungen, die zusammen mit einer Pflegehelferin oder einem Pflegehelfer in der Häuslichkeit durchgeführt werden. Ziel ist es, die Effekte des Programms sowohl auf die Pflegebedürftigen als auch auf die Pflegehelfenden festzustellen. Ermittelt wurde, dass Pflegehelfende, die über 50 Jahre alt sind, durch die Übungen eine Bewegungssteigerung in ihrer Freizeit erlebten, weitere Pflegehelfende konnten zur Durchführung motiviert werden und das Verhältnis zwischen Pflegehelfenden und Klientinnen und Klienten wurde gestärkt (Muramatsu et al. 2017).

Im Hinblick auf die pflegebedürftige Person konnte die Wirksamkeit auf zwischenmenschlicher Ebene nachgewiesen werden. Aussagen zu weiteren Effekten hinsichtlich der Zielgruppe sind nicht möglich.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Muramatsu et al. 2017: Healthy Moves for Aging Well	8 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Partizipation - Empowerment - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Dokumentation/Evaluation

Tab. 39: Qualitätsbewertung des Projekts „Healthy Moves for Aging Well“

Walters et al. testeten in einer randomisierten, kontrollierten Studie einen ambulanten Service für die Zielgruppe zu Hause versorgter älterer Personen mit milder Frailty (Frailty 1, siehe Kapitel 3.1.3, S. 30 ff.) auf Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Kosten. Die Intervention bestand aus monatlichen Hausbesuchen und einem Gesundheitsförderungs-

programm, das Bausteine zur Ernährung und körperlichen Aktivität sowie Information, Unterstützung und Begleitung enthielt. Nach sechs Monaten wies die Interventionsgruppe eine signifikant bessere Funktionalität sowie eine höhere Greifkraft auf und psychische Belastungen gingen zurück. Die Kosten der Intervention beliefen sich auf £ 307 pro Person und waren damit geringer als die Kosten für die Regelversorgung (Kontrollgruppe) (Walters et al. 2017).

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Die Wirksamkeit der Intervention konnte innerhalb der Studiendauer nachgewiesen werden: höhere Greifkraft und Reduktion der psychischen Belastungen (ebd.).

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Walters et al. 2017: Home-based health promotion for older people with mild frailty: the HomeHealth intervention development and feasibility RCT	9 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Partizipation - Empowerment - Dokumentation/Evaluation

Tab. 40: Qualitätsbewertung des Projekts „Home-based health promotion“

Das Versorgungsmodell CAPABLE (Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders) wurde 2009 in den USA entwickelt und erfolgreich im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie getestet (Szanton et al. 2015). Es zielt darauf ab, umweltbezogene Hemmnisse und Barrieren sowie Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit abzubauen, um älteren Menschen mit Hilfebedarf einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Zielgruppe von CAPABLE sind funktional eingeschränkte Personen ab 65 Jahren, die noch zu Hause leben und Leistungsansprüche sowohl bei Medicare als auch Medicaid haben (d. h., dass diese Personen u. a. über ein nur geringes Einkommen verfügen). Weitere Einschlusskriterien sind: geringe kognitive Einschränkungen (MMSE \geq 24), weniger als drei Krankenhausaufenthalte in den letzten zwölf Monaten und dass sie bei Antragstellung ohne professionelle Hilfe (ambulanten Pflegedienst o. Ä.) sind.

Das Programm zielt auf das Erreichen von gleich drei Aspekten gleichzeitig ab – eine Verringerung der Versorgungskosten (weniger Krankenhausaufenthalte, Vermeidung eines Heimübergangs) bei gleichzeitiger Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Programmteilnehmenden. Hauptaugenmerk der Intervention ist bei CAPABLE die Verhinderung der weiteren Verschlechterung funktionaler Fähigkeiten der pflege-

bedürftigen Personen, um einen längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung sicherzustellen.

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

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

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

Die ersten 100 Programmteilnehmenden waren wie folgt gekennzeichnet:

Merkmal	Ausprägung zu Beginn	Ausprägung nach 5 Monaten
Altersdurchschnitt	74,1 (+/- 6,9) Jahre	
Geschlecht	87 % weiblich	
Alleinlebend	49 %	
Mittlere bis starke Schmerzen	89 %	
Anzahl chronischer Erkrankungen	3,5 (+/- 1,3)	
Anzahl der eingeschränkten ADL (von max. 8)	4,1 (+/-2,0)	2,2 (+/- 2,1)
Anzahl der eingeschränkten IADL (von max. 8)	4,1 (+/- 2,2)	3,1 (+/- 2,2)
„Gefahrenquellen“ in der Wohnung (Stolperfallen, fehlende Handgriffe, zu niedrige Toilette etc.)	3,5 (+/- 2,0)	1,5 (+/- 1,3)

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Tab. 41: Demografische Daten der ersten 100 Teilnehmenden an CAPABLE
Quelle: Szanton et al. 2015, S. 373.

Bei 79 von 100 Programmteilnehmenden konnte eine Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten erreicht werden - verschlechtert haben sich im Fünf-Monatszeitraum nur 8 %. Der Anteil der Teilnehmenden, die keine Beeinträchtigungen der Mobilität aufweisen, verdreifachte sich nach Abschluss der Intervention, bei der Selbstversorgung konnte der Anteil ohne Einschränkungen im Vergleich zum Ausgangswert verdoppelt werden. In der Gruppe der Personen mit Depression konnten die Symptome signifikant verringert werden (Schweregrad von durchschnittlich 10,1 auf 6,3). Keiner der Teilnehmenden ist in ein Pflegeheim umgezogen.

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

Die Autoren zogen folgende Schlussfolgerungen: Der Zeitraum von fünf Monaten für die Intervention erwies sich teilweise als zu kurz und sollte flexibel an die vorhandenen Problemlagen und individuellen Ziele angepasst werden, unter Umständen auch gepaart mit einem telefonischen Follow-up und bei Bedarf anschließendem erneutem Hausbesuch. Die größte Herausforderung bei der Implementierung des Programms ist die Schulung des Gesundheitspersonals: „Person-directed“ erfordert die Akzeptanz, die von der pflegebedürftigen Person benannten Prioritäten in den Mittelpunkt des Versorgungsprozesses zu stellen, und nicht, wie beim Disease-Management-Ansatz, medizinisch begründete Zielgrößen. Es zeigte sich jedoch, dass die immense Schubkraft, die bei den Klienten mit selbst gesteckten Zielen im Verlauf von fünf Monaten mobilisiert werden

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

kann, eine hohe Überzeugungswirkung hat. Letztlich baut das Programm auf folgenden drei Säulen auf: dem Ansatz „person-directed“ (und nicht „nur“ personenzentriert), dem Einsatz eines interprofessionellen Teams (Pflegefachkraft, Ergotherapeutin oder -therapeut und Handwerkerin oder Handwerker) und der Investition in Umbaumaßnahmen in privaten Wohnungen und Häusern, um Gesundheitsausgaben einzusparen.

Das Programm erweist sich als wirksam in Bezug auf: Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten, Erhöhung des Anteils von Personen ohne Mobilitätseinschränkung sowie von Personen, die sich selbst versorgen, eine signifikante Reduktion von Depression und die Verhinderung des Eintritts in ein Pflegeheim (ebd.).

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Szanton et al. 2015: Preliminary Data from Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders, a Patient-Directed, Team-based Intervention	12 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Nachhaltigkeit - Partizipation - Empowerment - Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung - Qualitätsmanagement - Dokumentation/Evaluation - Kosten-Wirksamkeitsverhältnis

Tab. 42: Qualitative Bewertung des Programms CAPABLE (USA)

Vincent et al. untersuchten in Kanada die Ergebnisse und Kosten von Telecare durch ein Telesurveillance Center für gebrechliche ältere Menschen in der Häuslichkeit. Anhand verschiedener Assessments (wie dem Modified MMSE, dem SF 12 etc.) und der Hinzuziehung von Patientenakten wurde herausgefunden, dass die Zufriedenheit anstieg, Belastungen abnahmen, Krankenhausaufenthalte reduziert wurden und die in Anspruch genommenen Sozial- und Gesundheitskosten nach sechs Monaten um 39 % gesenkt werden konnten (Vincent et al. 2006).

Die Wirksamkeit hinsichtlich der Abnahme von Belastungen und der Verringerung von Krankenhausaufenthalten sowie Gesundheitskosten konnte nachgewiesen werden.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Vincent et al. 2006: Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two follow-ups	7 von 12: - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Dokumentation/Evaluation - Kosten-Wirksamkeitsverhältnis

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Tab. 43: Qualitätsbewertung der Intervention „Public telesurveillance service“

Die Programme „Reablement“ und „Function Focused Care“ setzen auf eine zielorientierte, ganzheitliche und personenzentrierte Pflege mit Berücksichtigung der Fähigkeiten und Möglichkeiten der Personen. Der Fokus liegt auf Unabhängigkeit in den ADLs. Reablement wurde in den letzten 10 bis 15 Jahren in Australien, Neuseeland und Großbritannien entwickelt. Auch in Kanada, Norwegen und Dänemark ist das Programm weitverbreitet. Function Focused Care hat seinen Ursprung in der institutionellen Langzeitpflege (USA). Beide Programme verfolgen die Ziele, Bewegungsarmut zu reduzieren und die Motivation zu selbstständiger Ausführung täglicher Aktivitäten zu stärken. Es erfolgt eine professionelle Begleitung durch Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte (domestic care) für einen begrenzten Zeitraum (angepasst an individuelle funktionelle Einschränkungen und Fähigkeiten). Die Pflegebedürftigen werden dabei in die Planung der Vorgehensweise einbezogen (Metzelthin et al. 2017, S. 1421 f.; Kjerstad/Tuntland 2016, S. 1 ff.). Metzelthin et al. entwickelten aus diesen beiden Konzepten das „Stay active at home“-Programm:

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

ASSUMPTIONS

Staff training is a key element for a successful implementation of Reablement (respectively Function Focused Care).
 The training should consist of an initial education component and continuous motivation and mentoring focusing on staff knowledge, attitude and skills.
 Furthermore, social support from colleagues and team leaders is needed (team approach).
 Organisational procedures and policies should facilitate the new way of home care delivery.

PLANNED WORK

PLANNED WORK	
INPUTS	ACTIVITIES
P R O F E S S I O N A L S 1) Knowledge about consequences of task completion/sedentary behaviour; benefits of engaging older adults in daily and physical activities	T R A I N I N G / E D U C A T I O N Written and verbal information
2) High self-efficacy and positive outcome expectations regarding engaging older adults in daily life	Applying techniques to improve self-efficacy and outcome expectations
3) Appropriate skills (e.g. Assessing capabilities; goal setting and action planning; motivating clients; involving social network)	Skills training (e.g. skills in motivating clients)
4) Social support (from colleagues and team leaders) and facilitating organisational procedures and policies	Involvement of colleagues, team leaders/managers, policy makers and board of directors

INTENDED RESULTS

OUTPUT	OUTCOMES	IMPACT
Professionals Behavioural change in domestic support workers and community nurses: 'doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults	Older adults Proximal outcome ↓ Sedentary behaviour Distal outcomes ↑ Physical and psychological functioning ↓ Falls ↑ Health related quality of life ↑ Daily functioning	Older adults ↓ Nursing home admissions ↓ Healthcare utilisation/ costs ↓ Mortality

Abb. 96: „Stay active at home“-Programm
 Quelle: Metzelthn et al. 2017, S. 1422

Die Schulung des Personals wird als Grundvoraussetzung für das Programm angesehen, das auf der Motivation und Begleitung der Mitarbeitenden beruht. Der Wissensstand, die Einstellungen und Fähigkeiten aller Mitarbeitenden sind zu berücksichtigen. Sozialer Rückhalt und Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzte werden dafür ebenfalls als notwendig angesehen. Die Organisationsprozesse müssen sich an dieser neuen Arbeitsweise ausrichten. Nach der Schulung weist das Personal unterschiedliche Kompetenzen auf, die für das Training und die Edukation der pflegebedürftigen Personen im häuslichen Setting je nach Bedarf gezielt genutzt werden.

Als Output wird eine Verhaltensänderung und Verbesserung der Selbstversorgung angestrebt. Dadurch wird bei den Betreuten das bewegungsarme Verhalten reduziert, was wiederum zu einer Verbesserung körperlicher und psychischer Fähigkeiten beiträgt. Stürze werden reduziert und die Selbstständigkeit in den täglichen Aktivitäten gestärkt, was auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Schlussendlich sollen damit die Aufnahme in ein Pflegeheim hinausgezögert und die Gesundheitskosten sowie die Mortalität gesenkt werden.

Inwiefern das Programm sich als wirksam erweist, kann aufgrund fehlender Datenlage dazu nicht beurteilt werden.

Projekt	Erfüllte Qualitätsmerkmale
Metzelthin et al. 2017: Stay active at home	7 von 12: <ul style="list-style-type: none"> - Konzeption - Zielgruppenbezug - Multiplikatorenkonzept - Setting-Ansatz - Niedrigschwellige Arbeitsweise - Empowerment - Dokumentation/Evaluation

Tab. 44: Qualitätsbewertung des Projekts „Stay Active at home“

Die gezielte Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten bei Menschen mit chronischen Erkrankungen entspricht dem personenzentrierten Ansatz und stellt die individuellen Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen an die Bewältigung des Alltags mit den Erkrankungen in den Vordergrund. Dieser Ansatz unterscheidet sich von Patientenedukation wie folgt:

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

	Patientenedukation (patientenzentriert)	Fähigkeiten des Selbstmanagements (personenzentriert)
Behandelte Thematiken	Behandelt werden weit verbreitete bzw. allgemein relevante Probleme im Zusammenhang mit einer bestimmten Krankheit	Identifizierung/Priorisierung der zu behandelnden Themen durch die Patientinnen und Patienten selbst
Angebot des Lernens für den Umgang mit der Erkrankung	Erlernen von Krankheitspezifika und technischen Fähigkeiten im Zusammenhang mit der Erkrankung	Angebot von Problemlösungskonzepten für die von den Patientinnen und Patienten identifizierten/wahrgenommenen Probleme
Zugrundeliegende Theorien	Krankheitsspezifisches Wissen ruft Verhaltensänderungen hervor, die zu besseren Ergebnissen führen	Größeres Vertrauen in die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten und ihren Willen, lebensverbessernde Veränderungen vorzunehmen, sichert bessere klinische Ergebnisse

Tab. 45: Vergleich der Patientenedukation mit der Förderung und Anleitung zum Selbstmanagement
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bodenheimer et al. 2002, S. 2471

Laut Lorig et al. (2006) führt die Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten im Vergleich zur Patientenedukation zu positiven kurzfristigen klinischen Ergebnissen (Lorig et al. 2006). Es finden sich Belege, dass Selbstmanagement bei Typ-2-Diabetes auch die Lebensqualität verbessert (Duncan et al. 2009, S. 752; Robbins et al. 2008, S. 655). Zahlreiche Studien wiesen nach, dass Patientenedukation allein in der Regel nicht ausreicht, um die Selbstmanagementfähigkeit dauerhaft zu verbessern und aufrechtzuerhalten (Krichbaum et al. 2003, S. 653; Newman et al. 2004, S. 1523; Norris et al. 2002, S. 1159). Es gibt Hinweise darauf, dass die Verwendung einer Kombination der Strategien zu einem Anstieg der Wirksamkeit führt (Anderson/Funnell 2005, S. 153; Ellis et al. 2004, S. 97; Tang/Lansky 2005, S. 1290). In Kanada entwickelte sich auf Basis dieses Versorgungsansatzes ein Best-Practice-Leitfaden, der als Ressource von beruflich Pflegenden in Kanada genutzt wird, um ihre Klientinnen und Klienten zu unterstützen und darin zu schulen, eine aktive Rolle in ihrer eigenen Pflege durch den Einsatz von Selbstmanagementmaßnahmen zu übernehmen (RNAO 2010, S. 24).

Stellmacher und Wolter identifizierten ebenfalls Good-Practice-Beispiele im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, die Menschen mit Pflegebedürftigkeit adressieren. Die dort vorgestellten Projekte umfassen die Begleitung bei der Alltagsbewältigung, die Koordinierung und Unterstützung der Versorgung durch Alltagsbegleitende oder Lotsinnen und Lotsen und eine geschlechtersensible Herangehensweise:

-
- Projekt Patientenbegleiter (Freiburg, Baden-Württemberg)
 - Projekt Ehrenamtliche Pflegelotsen im Landkreis Konstanz (Konstanz/Baden-Württemberg)
 - Projekt „Aktion Augen auf!“ - Mehr Aufmerksamkeit für ein Altern in Würde (Hamburg)
 - Projekt Lebensort Vielfalt (Berlin)

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Die Projekte zeichnen sich somit durch eine präventionsförderliche Gestaltung des Versorgungsprozesses aus, die primär auf (möglichst frühzeitige) Information und Unterstützung bei der Leistungsanspruchnahme, meist durch Ehrenamtliche, zielt. Gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im engeren Sinne finden sich dort nicht. Daher wird auf eine ausführliche Darstellung verzichtet. Die Bewertung der Projekte erfolgte von Stellmacher und Wolter ebenfalls anhand der hier genutzten Qualitätskriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit. Die Ergebnisse lagen zwischen fünf und sieben erreichten Qualitätskriterien (Stellmacher/Wolter 2018, S. 22).

10.3 Fazit zu Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen

Auch wenn es insgesamt, nach strengen Maßstäben betrachtet, für die Zielgruppe der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen immer noch wenig wissenschaftlich ermittelte Nachweise zur Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen gibt, weisen die identifizierten Interventionen und Konzepte dennoch auf einen erfolgversprechenden Handlungsrahmen hin und geben Hinweise zur konkreten Ausgestaltung von Versorgungsprozessen mit gesundheitsförderlicher Ausrichtung.

Folgende allgemeine Erkenntnisse für eine erfolgversprechende Ausgestaltung der Versorgung im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention konnten gewonnen werden:

- Die grundlegende Orientierung soll an den persönlichen Gegebenheiten der Person mit Pflegebedarf (Erkrankungen und Beeinträchtigungen, Lebensverhältnisse und Biografie, Wissen, Kompetenzen, Einstellungen und Werte) erfolgen.
- Funktionale Fähigkeiten bei der Alltagsbewältigung sind stärker in den Blick zu nehmen als Erkrankungen.
- Präventionsziele und Maßnahmen sind individuell, gemeinsam mit der Person zu identifizieren.
- Dabei bedarf es eines Assessments und der Expertise von Gesundheitsfachkräften, idealerweise von mehreren Fachrichtungen (pflegefachliche und therapeutische Qualifikation).

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

- Ausgewählte Maßnahmen (Übungen, Hilfsmittel etc.) sind zunächst in Begleitung von Gesundheitsfachkräften über einen ausreichenden Zeitraum einzuüben, bis die selbstständige Fortführung im Alltag erreicht ist.
- Zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit ist i. d. R. eine Lebensstiländerung zu erreichen (dauerhafte Verhaltensänderung) – Maßnahmen, die das Erreichen persönlicher Wünsche befördern und Freude bereiten, erhöhen die Motivation und sind besonders geeignet.
- Ein kritischer Erfolgsfaktor liegt in der Ausrichtung der Gesundheitsversorgung allgemein: Eine personenzentrierte Herangehensweise erfordert eine grundlegende Haltungsänderung bei der Leistungserbringung, die kurzfristig nicht umsetzbar ist. Das schließt die Schulung von Personal ebenso ein wie die Anpassung der organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen.

Konkrete Interventionen konnten entlang von sieben Handlungsfeldern für Prävention bei ambulant versorgten Personen mit Pflegebedarf vorgestellt werden.

Das größte und am besten erforschte Handlungsfeld ist die körperliche Aktivität und Mobilität. Zahlreiche Interventionen enthalten Übungsprogramme, die zur Verbesserung der körperlichen Funktionalität beitragen können (Kräftigung der Muskulatur, Förderung von Beweglichkeit und Ausdauer, Balance und Gehgeschwindigkeit). Dies resultiert nachweislich in einer Verringerung von Stürzen und beugt der Entstehung von weiteren funktionellen Einschränkungen vor.

Im Handlungsfeld Ernährung existieren gesicherte Erkenntnisse der DGE zur Auswahl und Zubereitung von Mahlzeiten im Alter sowie zur Prävention altersbedingter Problemlagen Mangelernährung, Kau- und Schluckbeschwerden etc. Erkenntnisse zur Mundgesundheit bei Pflegebedürftigkeit machen deutlich, wie umfangreich der Bedarf regelmäßiger präventiver Mundhygiene ist. Der seit Mitte 2018 erweiterte Leistungsanspruch von Personen mit Pflegebedarf oder Behinderung zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§ 22 a SGB V) muss nun auch umgesetzt werden und entsprechende Hinweise sollten in sämtliche Beratungsangebote für die Zielgruppen einfließen.

Im Handlungsfeld Kognition wurde deutlich, dass Erfolge nur durch die Kombination von Maßnahmen zur körperlichen und kognitiven Förderung erzielt werden können. Ein Erfolg lässt sich bei höheren Altersgruppen um 80 Jahre mit nichtmedikamentösen Interventionen bereits verzeichnen, wenn sich der kognitive Status über einen längeren Zeitraum nicht verschlechtert.

Die psychosoziale Gesundheit kann durch regelmäßige soziale Kontakte gestärkt werden, auch die Krankheitslast tritt dadurch in den Hintergrund und kann zu einer Reduzierung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen.

Im Handlungsfeld Gewalt wurden Interventionen zum professionellen Umgang mit Gewaltverdacht in der familialen Pflege, zur Unterstützung pflegender Angehöriger mit seelischen Belastungen sowie zur Thematik von Gewalt, die sich gegen das Pflegepersonal richtet, identifiziert. Im Vordergrund stehen hier grundsätzlich die Sensibilisierung für das Thema, die Vermittlung von Informationen (Angehörige) und Wissen (Fachkräfte) sowie die Schulung von Kommunikations- und Deeskalationstechniken beim Pflegepersonal.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Im Handlungsfeld Suchtprävention im Alter und bei Pflege werden zwei Ablaufpläne vorgestellt, die Fachkräften (und auch Angehörigen) das Erkennen von Substanzmissbrauch erleichtern und ein Handlungsschema vorschlagen. Das umfassende Internetportal www.alter-sucht-pflege.de bietet Information, Hintergrundwissen, Handlungsempfehlungen und Adressen für Hilfsangebote. Das hier zitierte, der Webseite entnommene Fallbeispiel aus dem ambulanten Bereich verdeutlicht einmal mehr die Notwendigkeit einer personenzentrierten Vorgehensweise als Erfolgsfaktor.

Bei den präventiv ausgerichteten Versorgungsansätzen im ambulanten Setting finden sich zusätzliche Erkenntnisse in Bezug auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Leistungserbringung (Verhältnisbezug). Das Versorgungssystem in Deutschland und damit auch das Personal sind bisher noch zu wenig auf eine systematische Einbeziehung von Gesundheitsförderung und Prävention in die Versorgung ausgerichtet. Die identifizierten Good-Practice-Beispiele orientieren sich alle am Konzept der Personenzentrierung und setzen mehr oder weniger umfassend Fallmanagement ein. Sie bauen auf einer anfänglichen Bewertung der Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheitsfachkräfte auf und beinhalten eine fachliche Begleitung der Personen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen über einen längeren Zeitraum hinweg (u. a. auch mittels eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes, DESKK). Die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten sowie die gezielte Förderung der Bewältigung des Alltags zu Hause (CAPABLE, Stay Active at Home) haben sich als erfolgreich erwiesen.

Die folgende Tabelle 46 gibt einen Gesamtüberblick über die als gute Beispiele ausgewählten Interventionen mit den Bewertungsergebnissen. Mit den höchsten Gesamtpunktwerten schneiden CAPABLE (12 Punkte) und OTAGO (10 Punkte) ab, drei weitere Ansätze erreichten 9 Punkte. Die Intervention CAPABLE kann als Blaupause für ein strukturiertes, regelhaftes Vorgehen bei Personen mit Pflegebedarf im ambulanten Setting gelten: angefangen von der aktiven Rolle der Teilnehmenden (Ansatz person-directed), über den Einsatz eines multidisziplinären Teams bis zur Sicherung der Nachhaltigkeit, des Wirksamkeitsnachweises und der Kosteneffizienz. Das OTAGO-Übungsprogramm wiederum lässt sich ohne besondere Voraussetzungen sowohl individuell als auch in Gruppenangeboten umsetzen und eignet sich besonders als ergänzender Baustein auch in anderen Programmen.

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Körperliche Aktivität													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summe
Robertson und Campbell (2013): OTAGO Exercise Program	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	10
AOK 2017: Sicher zu Hause bewegen		x	x			x	x	x		x	x	x	8
Bauer et al. 2008: Mobilität und Sicherheit im Alter - Bewegungsprogramm	x	x	x				x	x					5
BAGSO 2014: Fit im Alltag und aktiv gegen Stürze	x		x			x	x	x					5
Brach et al. 2007: Bewegungsprogramm für Hochaltrige	x	x		x		x	x	x	x	x			8
Schweizer und Kammerhoff 2013: Daheim aktiv	x	x	x	x				x		x	x		7
Strupeit et al. 2011: Pflegesprechstunden im geriatrischen Setting	x	x	x	x		x		x			x		7
Ernährung													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summe
Konzept: Allroggen et al. 2010: Mundgesund trotz Handicap im Alter	x	x	x	x		x		x					6
Kognition													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summe
Oswald et al. 2012: SimA®-Bewegungsprogramm	x	x		x	x		x	x			x		7
Straubmeier et al. 2017: DeTaMaks-Mehrkomponententherapie in der Tagespflege	x	x	x	x	x	x		x		x	x		9
Psychosoziale Gesundheit													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summe
Besier und Meyer 2017: MAG1-Netzwerk	x	x	x	x		x	x	x	x				8
IGES 2018: Fit für den ÖPNV	x	x	x	x	x	x		x					7
Markle-Reid et al. 2014: Nurse-led health promotion	x	x	x	x		x			x		x		7
Johnson et al. 2013: Kriseninterventionsprogramm bei Demenz	x	x	x	x		x		x	x				7

Gesundheitsfördernde und präventive Intervention bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen

Prävention von Gewalt													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summe
Zank und Schacke 2013: PURFAM	x	x	x			x	x	x	x	x	x		9
Wolf o. J.: Psychologische Onlineberatung für pflegende Angehörige	x	x	x	x		x	x	x			x	x	9
Suchtprävention													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summe
Ratgeber: Kuhn o. J. a): Ratgeber für Sucht im Alter in der Pflege	x	x		x		x						x	5
Settingspezifische Interventionen													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summe
Holle et al. 2018: DESKK	x	x	x			x	x	x			x		7
Muramatsu et al. 2017: Healthy Moves for Aging Well	x	x	x	x		x	x	x			x		8
Walters et al. 2017: Home-based health promotion	x	x	x	x		x	x	x	x		x		9
Szanton et al. 2015: CAPABLE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
Vincent et al. 2006: Public telesurveillance service	x	x	x	x		x					x	x	7
Metzelthin et al. 2017: Stay active at home	x	x	x	x		x		x			x		7

Legende: 1 = Konzeption, 2 = Zielgruppenbezug, 3 = Setting-Ansatz, 4 = Multiplikatorenkonzept, 5 = Nachhaltigkeit, 6 = Niedrigschwellige Arbeitsweise, 7 = Partizipation, 8 = Empowerment, 9 = Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, 10 = Qualitätsmanagement, 11 = Dokumentation/Evaluation, 12 = Kosten-Wirksamkeitsverhältnis

Tab. 46: Übersicht der „guten Beispiele“ für präventive/gesundheitsförderliche Interventionen mit den Ergebnissen der Qualitätsbewertung

11 Erkenntnisse der Untersuchung und Handlungsempfehlungen

Erkenntnisse der Untersuchung und Handlungsempfehlungen

11.1 Zentrale Erkenntnisse

Abschließend werden, als Basis für die anschließenden Handlungsempfehlungen, die zentralen Erkenntnisse der Untersuchung zusammengefasst. Die Erkenntnisse werden entlang der fünf Forschungsfragen gegliedert:

1. Forschungsfrage:

Welche unterschiedlichen Risikogruppen, d. h. Personen mit einem erhöhten Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustands bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit, können identifiziert werden? (U. a. Berücksichtigung unterschiedlicher funktionaler Einschränkungen und verschiedener Lebensumstände (sozioökonomischer Status).)

Risiken der Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben sich sowohl krankheitsbezogen als auch infolge bestimmter Lebensstile und Verhaltensweisen, die wiederum eng mit dem sozioökonomischen Status verbunden sind. Dabei treten meist mehrere Risiken gleichzeitig auf bzw. stellen die Ursache für andere Risiken dar. So kann z. B. Bewegungsmangel eine Folge von Erkrankungen sein (Arthrose, Lähmungen, Schwindel als Risiken für Bewegungsmangel) und gleichzeitig ein Risiko für den (weiteren) Verlust von Muskelmasse, was zu weiteren funktionellen Beeinträchtigungen und verringerten Aktivitäten führt.

Im hohen Alter und insbesondere bei Pflegebedarf liegen Risiken für eine gesundheitliche Verschlechterung weniger in einzelnen Krankheitsbildern oder funktionalen Beeinträchtigungen als im Auftreten komplexer geriatritypischer Konstellationen, wie sie mit dem Konzept von Frailty beschrieben werden können (vgl. Abschnitt 3.1.3, S. 30 ff.). Da Pflegebedürftigkeit gem. § 14 SGB XI, wie eine Untersuchung ergab, mit moderater bis schwerer Frailty (Frailty 2 und 3) gleichzusetzen ist, besteht für alle pflegebedürftigen Personen de facto ein erhöhtes Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustands, wenn nicht ein ausgeprägt gesundheitsförderlicher Lebensstil gepflegt wird.

Weiterhin ist jede zweite Person mit Pflegebedarf, die zu Hause versorgt wird, 80 Jahre oder älter und damit in einer Lebensphase, in der sich typischerweise die funktionale Gesundheit deutlich schneller verschlechtert als die körperliche Gesundheit. Dem weiteren Voranschreiten des Verlustes funktionaler Fähigkeiten ist frühestmöglich mit wirksamen Strategien zu begegnen.

Folgende Faktoren bzw. Verhaltensweisen erhöhen das Risiko einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands:

- Mangelernährung (ausgeprägt sind in höheren Altersgruppen Übergewicht, mangelnde Flüssigkeitsaufnahme und teilweise qualitative Mangelernährung mit fehlenden Vitaminen und Mineralstoffen)

- Bewegungsarmer Lebensstil (empfohlene wöchentliche Mindestdauer für Sport von 2,5 Stunden wird schon von Personen ab 65 Jahren überwiegend nicht erfüllt)
- Suchtverhalten (Alkohol- (Männer) und Medikamentenmissbrauch (Frauen) nehmen mit steigendem Alter zu)
- Depressivität (fördert Bewegungsmangel etc.)
- Geringe Gesundheitskompetenz (mit steigendem Alter und bei Personen mit chronischer Krankheit inadäquat, häufig gepaart mit niedrigem sozioökonomischen Status)

2. Forschungsfrage:

Welche Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenziale lassen sich in den verschiedenen Zielgruppen identifizieren? Welche konkreten Bedarfe lassen sich daraus ableiten?

Eindeutig abgrenzbare, sich hinsichtlich ihrer Präventionspotenziale unterscheidende Zielgruppen konnten nicht identifiziert werden. Die Erkenntnisse weisen darauf hin, dass es bis ins hohe Alter Potenziale zur Gesundheitsförderung und Prävention gibt, die auch nicht mit zunehmendem Alter sinken, und dass diese nur zu einem geringen Teil mit den zugrundeliegenden Erkrankungen assoziiert sind. Auch die Art der im Vordergrund stehenden funktionalen Beeinträchtigung hat, wie anhand der MDK-Daten gezeigt werden konnte, keinen maßgeblichen Einfluss. Ebenso stellen hohe Pflegegrade nicht a priori ein Hindernis für Präventionsmaßnahmen dar.

Betrachtet man einzelne Merkmale der Personen mit Pflegebedarf, so zeigen sich bei folgenden Ausprägungen zumindest tendenziell höhere Präventionspotenziale, auch im Sinne von noch umsetzbaren Optionen:

- bei Personen in niedrigeren Pflegegraden (1 bis 3), das sind knapp 90 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen,
- bei Personen mit geringen bis höchstens erheblichen Einschränkungen der Kognition (höhere Beeinträchtigungen schränken die Teilnahmefähigkeit an Maßnahmen ein),
- bei Frauen aufgrund einer generell höheren Bereitschaft zur Teilnahme an Vorsorge- und Präventionsprogrammen.

Der konkrete Bedarf an Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention ist jeweils individuell unter Berücksichtigung der persönlichen Präferenzen und Wertvorstellungen sowie der konkreten Lebensumstände zu ermitteln. Zur Unterstützung der Gesundheitsfachkräfte bei der Bedarfsermittlung (und der Evaluation durchgeführter Interventionen) gibt es für die verschiedenen Bereiche bzw. Fragestellungen und Problemlagen standardisierte Assessment-Instrumente, die im Kapitel 9 (ab S. 184) ausführlich vorgestellt werden.

3. Forschungsfrage:

Wie können die verschiedenen Zielgruppen erreicht werden (Identifizierung von Zugängen/Zugangsstrategien)?

In Ermangelung von eindeutig abgrenzbaren Zielgruppen lässt sich diese Forschungsfrage nur für die Zielgruppe der zu Hause versorgten Personen mit Pflegebedarf insgesamt beantworten.

Die Zugangsstrategie, die derzeit im Rahmen der Pflegeversicherung verfolgt wird, ist die Präventionsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung nach SGB XI. Positiv hervorzuheben ist, dass sie alle zu Begutachtenden einschließt und die Gutachterinnen und Gutachter den Bedarf individuell anhand der persönlichen Situation prüfen. Kritisch zu sehen ist die enge Fokussierung auf Präventionsmaßnahmen, die nur als Gruppenangebote in vier Handlungsfeldern (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum) zur Auswahl stehen, und ergänzend die Beratung zu Leistungen der verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V.

Weiterhin erscheint der gewählte Rahmen (Teil der Begutachtung) für diese Thematik generell als Zugang nicht geeignet, aus folgenden Gründen:

- Mangelnde Offenheit der Antragstellenden für die Thematik Gesundheitsförderung und Prävention während der Begutachtung, da zunächst das Ziel des Leistungszugangs verfolgt wird und dieses scheinbar mit Gesundheitsförderung und Prävention im Widerspruch steht.
- Viel zu kurzer Zeitrahmen: Um einen Bedarf an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen umfassend feststellen zu können, ist bei einer Begutachtungsdauer von bis zu 60 Minuten nicht ausreichend Zeit zur Verfügung (zumal vielen Versicherten und ihren Angehörigen zunächst wesentliche grundlegende Information zu den Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention vermittelt werden müssen oder eine grundsätzliche Motivierung, die mit der Wahrnehmung eigener Möglichkeiten und der Einnahme einer Haltung zu Gesundheitsförderung und Prävention einhergeht, notwendig ist, damit der Versicherte zustimmt).
- Keine Rücksprache/Abstimmung mit der Hausärztin oder dem Hausarzt (ggf. auch dem Pflegedienst/Angehörigen (wenn nicht vor Ort)) möglich - insbesondere, wenn nicht alle ärztlichen Unterlagen oder Informationen zur Verfügung stehen, müssten konkrete Präventionsempfehlungen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und anderen in den Fall involvierten Personen abgeklärt werden.

Andere, denkbare Zugangswege zur Ermittlung des individuellen Präventionsbedarfs einschließlich der Vereinbarung geeigneter Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen bei zu Hause versorgten Personen mit Pflegebedarf wären bei Sachleistungsempfängerinnen und -empfängern über den ambulanten Pflegedienst und bei

Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern über den Leistungserbringer, der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführt – beides erfolgt aufsuchend in der Häuslichkeit. Voraussetzung ist jeweils der Einsatz von für diese Aufgabe entsprechend qualifiziertem und geschultem Personal.

Der Zugang zu Präventionsleistungen für die Zielgruppe sollte stärker auch über die niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sowie auf Anregung von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ermöglicht werden, indem insbesondere Hausärztinnen und -ärzte besser über Präventionsangebote der Krankenkassen informiert werden. Auch die Pflegeberatungsstellen gem. § 7c SGB XI müssten Ratsuchende umfassender auf bestehende Leistungsansprüche zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie auf regionale Angebote hinweisen.

Die im Kapitel 9 (ab S. 184) vorgestellten Assessment-Instrumente bieten Unterstützung bei der Ermittlung von Präventionspotenzialen und der Beurteilung der Situation als Grundlage für die Maßnahmenplanung. Die ausgewählten, großenteils standardisierten Instrumente sind praktikabel, einfach handhabbar und können durch geschultes Pflegepersonal angewendet werden.

4. Forschungsfrage:

Welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gibt es für bestimmte Zielgruppen in der ambulanten Pflege und inwiefern sind diese wirksam und ggf. auch wirtschaftlich?

„Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Gesunderhaltung sind Bewegung, Ernährung und die Pflege sozialer Kontakte. Diese drei Faktoren unterliegen der Eigenverantwortung. Ältere Menschen hierin zu stärken und zu befähigen, ist eine Antwort auf die Herausforderung durch den demografischen Wandel“ (von Renteln-Kruse 2018).

Insgesamt gibt es für die Zielgruppe der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen immer noch wenig wissenschaftlich ermittelte Nachweise zur Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen. Dies hat auch methodische Ursachen: Lebensqualität im Alter wird entscheidend geprägt von der Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement angesichts sozialer, körperlicher und emotionaler Herausforderungen (Huber et al. 2011). Daher liefern Untersuchungen der älteren Bevölkerung auf Basis von Assessments der Funktionsfähigkeit deutlich bessere Ergebnisse als Morbiditätsanalysen. Interventionsstudien, die Ergebnisse nur anhand klinischer Parameter bewerten, greifen zu kurz und schließen daraus auf mangelnde Wirksamkeit.

Am besten untersucht sind die Auswirkungen gezielter körperlicher Aktivität hinsichtlich der Vorbeugung von Stürzen und der Entstehung von weiteren funktionellen Ein-

schränkungen, ein Beispiel ist hier das OTAGO-Übungsprogramm. Gut belegt ist auch die kombinierte Förderung von Bewegung und Gedächtnis im Hinblick auf den Erhalt kognitiver Fähigkeiten, wie sie in der DeTaMAKS-Therapie eingesetzt wird.

Grundlegend ist die Erkenntnis, dass die positiven Wirkungen von sportlicher Aktivität über die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit hinaus auf alle Körpersysteme nachweisbar sind und gleichzeitig auch die Kognition gefördert wird. Das verdeutlicht den zentralen Stellenwert von regelmäßiger Bewegung für die Erhaltung der Gesundheit und verweist gleichzeitig auf große Präventionspotenziale angesichts eines weitverbreiteten, bewegungsarmen Lebensstils.

Eindeutige Erkenntnisse zur Ernährung, also zur optimalen Menge und Zusammensetzung der Nahrung, für Menschen mit Frailty bzw. Pflegebedarf gibt es derzeit noch nicht. Eine grundlegende Orientierung bieten die Empfehlungen der DGE für die Zielgruppe der Älteren. Pflegebezogene Leitlinien, insbesondere zum Umgang mit Mangelernährung, sind im Expertenstandard Ernährungsmanagement des DNQP (2017) enthalten.

Im Bereich der psychosozialen Gesundheit gibt es gegen die zunehmende soziale Isolation in vielen Städten quartiersbezogene Projekte sowie bundesweit zahlreiche Projekte zum präventiven Hausbesuch, für die allerdings bisher keine wissenschaftlichen Ergebnisse mit Blick auf Personen mit Pflegebedarf vorliegen.

Für die Bereiche Sucht und Gewaltprävention wurden jeweils Handlungshilfen und Online-Beratungsangebote entwickelt, die sich auch an pflegende Angehörige richten.

Insgesamt gilt es, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Deutschland stärker gesundheitsförderlich zu gestalten und präventiv auszurichten. Da das Leben mit Pflegebedarf im Alter in der Regel kein vorübergehender, sondern ein dauerhafter Zustand ist, müssen auch Gesundheitsförderung und Prävention dauerhaft in den Alltag integriert werden und nachhaltige Lebensstiländerungen bewirken. Um dies umsetzen zu können, bedarf es veränderter Rahmenbedingungen (Finanzierung, Qualifikation des Personals, Organisation der Leistungserbringung etc.). Eine weitere Erfolgsvoraussetzung ist die konsequente Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes (vgl. Kapitel 10.1, S. 198).

Die Intervention CAPABLE aus den USA kann als Blaupause für ein strukturiertes, regelhaftes Vorgehen bei Personen mit Pflegebedarf im ambulanten Setting gelten: angefangen von der aktiven Rolle der Teilnehmenden (Ansatz person-directed), über den Einsatz eines multidisziplinären Teams, die Bedarfserhebung durch zwei unterschiedliche Fachdisziplinen, die längere Begleitung der Teilnehmenden bei der Einübung von Maßnahmen im Alltag bis zur Sicherung der Nachhaltigkeit, dem Wirksamkeitsnachweis und der Kosteneffizienz.

Nur wenige Interventionsstudien haben explizit auch die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen anhand von Vergleichsgruppen untersucht – dies ist im ambulanten Setting infolge der vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren auch methodisch schwierig. Dort, wo dieser Aspekt berücksichtigt wurde, zeigten sich aufgrund von Einsparungen in der Akutversorgung (Krankenhausaufenthalte) und durch Hinauszögern oder Vermeiden eines Heimübergangs Kostenvorteile.

5. Forschungsfrage:

Inwieweit lassen sich internationale Erkenntnisse auf deutsche Rahmenbedingungen übertragen?

Was die physiologischen Wirkungen einzelner Interventionen bei älteren Menschen betrifft sowie die Wirksamkeit mit Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention, lassen sich internationale Erkenntnisse meist auf Deutschland übertragen, sie wurden auch bereits teilweise für die Umsetzung in Deutschland aufbereitet (z. B. OTAGO-Übungsprogramm). Die in anderen Ländern nachgewiesene Kostenwirksamkeit von Präventionsprogrammen und deren konkrete organisatorische Ausgestaltung (z. B. Qualifikation des eingesetzten Personals) kann nicht ohne weiteres auf das deutsche Versorgungssystem übertragen werden. Der andere Personaleinsatz hierzulande (Stichwort Arztvorbehalt), ggf. auch die sektoralen Zuständigkeiten und abweichende Finanzierungsregelungen machen es erforderlich, diese Punkte im Rahmen von Modellprojekten in Deutschland zu verifizieren bzw. zu operationalisieren.

Die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes stößt in der Praxis in Deutschland derzeit an Grenzen. Dies betrifft zum einen die Refinanzierung des Personaleinsatzes und zum anderen teilweise auch die Rolle von Gesundheitsfachkräften bei der selbstständigen Ausübung von Heilkunde oder der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln. Die Einführung der personenzentrierten Arbeitsweise würde Anpassungen der Pflegeausbildung und bundesweit Schulungen des im Berufsleben stehenden Pflegepersonals erfordern.

11.2 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Potenziale zur Gesundheitsförderung und Prävention sind bis ins hohe Alter vorhanden. Dies gilt auch für Personen mit Pflegebedarf und sogar mit starken kognitiven Einschränkungen, auch wenn mit der Schwere der Beeinträchtigungen das Spektrum der realisierbaren Optionen abnimmt. Zielvariable von Gesundheitsförderung und Prävention ist die Förderung des subjektiven Wohlbefindens. Dieses wird im Alter weniger von krankheitsbedingten Problemen beeinflusst als von der wahrgenommenen Autonomie, Entscheidungsfähigkeit und Selbstständigkeit.

Im Alter verschieben sich die Präferenzen und Werte - Aspekte wie Funktionsfähigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe treten in den Vordergrund. Lebensqualität im Alter wird entscheidend geprägt von der Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement angesichts sozialer, körperlicher und emotionaler Herausforderungen (Huber et al. 2011). Die „Respektierung autonomer Zielvorstellungen [...] [steht] im Zentrum bedeutsamer Interventionen“ (Oppikofer/Mayorova 2016, S. 110).

Um Autonomie und Teilhabe zu ermöglichen, müssen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beitragen, die funktionalen Fähigkeiten zu erhalten und, soweit möglich, wiederherzustellen. Bei weitgehendem Erhalt der kognitiven Fähigkeiten kann trotz körperlicher Einschränkungen bis ins hohe Alter eine selbstständige Lebensführung aufrechterhalten werden. Dies bestätigen auch aktuelle Untersuchungen der Zielgruppe von Menschen mit Demenz: Menschen im Stadium der leichten und moderaten Demenz zeigen innerhalb von zwölf Monaten einen massiven und irreversiblen Verlust ihrer alltagspraktischen Fähigkeiten. Dies stellt mit rund 65 % den zweithäufigsten Grund für die Einweisung in ein Pflegeheim dar (Kolominsky-Rabas et al. 2018, S. 73).

Jede zweite zu Hause versorgte Person mit Pflegebedarf ist 80 Jahre und älter und damit in einer Lebensphase, in der sich die funktionale Gesundheit deutlich schneller verschlechtert als die körperliche Gesundheit. Gleichzeitig weisen knapp 90 % noch keine schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit auf, sodass noch relativ viele Handlungsspielräume für Gesundheitsförderung und Prävention bestehen. Je frühzeitiger Maßnahmen eingeleitet werden, desto besser kann dem weiteren Verlust von Fähigkeiten vorgebeugt werden.

Ist Pflegebedürftigkeit eingetreten, muss es Ziel der Versorgung sein, ein Niveau der Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, das die Wahrung grundlegender Persönlichkeitsrechte, Freiheiten und der Menschenwürde sowie die Erledigung der für das eigene Wohlbefinden notwendigen Alltagsaktivitäten ermöglicht. Dies kann nur durch systematische und konsequente Integration von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention gelingen.

Angesichts der bereits erwähnten, recht dürftigen Evidenzlage hinsichtlich der nach strengen wissenschaftlichen Kriterien nachgewiesenen Wirksamkeit von gezielten Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei ambulant gepflegten Personen in Deutschland besteht einerseits weiterer Forschungsbedarf. Andererseits sind die positiven Wirkungen von Bewegung, gesunder Ernährung und guten sozialen Kontakten auf die Gesunderhaltung von hochaltrigen Menschen ausreichend belegt, sodass entsprechende Interventionen auch bei Personen mit Pflegebedarf erfolgversprechend sind. Beispielsweise gibt es Hinweise, dass die Ergotherapie, wenn sie mit strukturierten und

patientenzentrierten Verfahren und Interventionen durchgeführt wird, sogar bei moderat bis schwer dementen Personen Wirkung zu zeigen vermag (vgl. Korczak et al. 2013).

Die im Kapitel 5 dargestellten Daten und Erkenntnisse zu gesundheitlichen Ressourcen und Risiken Älterer in Deutschland weisen deutlich auf die bestehenden Defizite bzw. Ansatzpunkte bei Körpergewicht und Bewegung hin. Insofern gehen die Autorinnen und Autoren davon aus, dass bereits auf der heute bestehenden Wissensgrundlage ein geeignetes Spektrum an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention auch für die Zielgruppe der pflegebedürftigen Personen im ambulanten Setting zur Verfügung steht. Um dieses jedoch effektiv einsetzen zu können, bedarf es einer gezielten Bedarfsermittlung nicht nur in Bezug auf den Pflege- und Unterstützungsbedarf, sondern auch den individuellen Bedarf hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention, wobei jeweils die individuellen Präferenzen, Ressourcen und Risiken umfassend zu berücksichtigen sind.

Maßnahmen der Kranken- und Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention für Personen mit Pflegebedarf sollten sich nicht auf Gruppenangebote beschränken, sondern auch als individuelle Maßnahmen angeboten werden können – für beide Formen gibt es Wirksamkeitsnachweise. Bei Gruppentauglichkeit (die auch organisatorische Hürden berücksichtigt) sollten diese Angebote wegen der zusätzlichen positiven Wirkungen gemeinschaftlicher Aktivitäten bevorzugt werden. Wenn eine Gruppentauglichkeit nicht vorliegt, kann es auch ein Ziel sein, diese zunächst durch individuelle Maßnahmen in der Häuslichkeit wiederzuerlangen, um dann später auch die Gruppenangebote wahrnehmen zu können.

Dafür bedarf es u. a. der Auswahl evidenzbasierter Interventionen, die individuell in der Häuslichkeit umgesetzt werden können. Wie gezeigt werden konnte, gibt es einige grundsätzliche Ansätze (wie z. B. das OTAGO-Übungsprogramm, vgl. S. 206 f., oder DeTAMAKS, vgl. S. 218 f.), die vielfältige positive Wirkungen auf alle Körpersysteme haben und sich gegenseitig verstärken, wie etwa die Kombination aus Ausdauer-, Kraft- und Gedächtnistraining. Hier gilt es insbesondere, zusammen mit Fachkräften ein individuell abgestimmtes Programm zusammenzustellen (im Hinblick auf Intensität, Dauer und Frequenz). Ergänzend sollten immer die Ernährungsgewohnheiten auf den Prüfstand gestellt und psychische Problemlagen berücksichtigt werden. Und schließlich sollten möglichst gute soziale Kontakte geknüpft und gepflegt werden. Dabei sollten u. a. auch die Möglichkeiten des Besuchs einer Tagespflege stärker als bisher genutzt werden. Die Betreuungs- und Beschäftigungsangebote dort wurden in den letzten Jahren zunehmend an einer gezielten Förderung der Selbstständigkeit der Tagesgäste ausgerichtet.

Hinsichtlich „geeigneter Maßnahmen“ zur Gesundheitsförderung und Prävention bei pflegebedürftigen Personen im ambulanten Setting bedarf es weiterer gesundheitsökonomischer Evaluationen, damit das Spektrum der Handlungsalternativen über die oben genannten Programme hinaus bedarfsgerecht ausgeweitet werden kann.

Literaturverzeichnis

- Literaturverzeichnis
- Alferink, J./Jessen, F./Popp, J./Rizovski-Jansen, M./Spottke, A./Maier, W. (2010): Geistig fit im Alter durch Ernährung, Bewegung und geistige Aktivität. [Broschüre] Juni 2010. Berlin: BMG [Bundesministerium für Gesundheit].
- Allgeier, M. (2018): Zeichen gegen die Einsamkeit. CAREkonkret 21, S. 11.
- Allroggen, S./Cichon, P./Eßer, W./Haffner, C./Holthaus, V./Kaschke, I./Mann, E./Micheelis, W./Nitschke, I./Oesterreich, D./Rumpf, M./Scheibe, L./Schulte, A./Wagner, A./Wagner, R./Wilde, F. J./Ziermann, K./Ziller, S. (2010): Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Juni 2010. Berlin: KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]. BZÄK [Bundeszahnärztekammer].
- Anderson, R. M./Funnell, M. M. (2005): Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. In: Patient Education and Counseling 57, S. 153-157.
- AOK (2017): Sicher zu Hause bewegen. März 2017. Hamburg: wdv GmbH & Co. OHG. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/dpt2018_sicher_zu_hause_bewegen.pdf [Abruf am: 14.12.2018].
- BAG KE [Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.], DGG [Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.] & DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.] (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version VI.3. 29.02.2004.
- BAGSO [Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen] (2014): Fit im Alltag und aktiv gegen Stürze. Bewegung zur Erhaltung der Selbstständigkeit. Frankfurt/Bonn: DTB, BAGSO e.V. https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/bewegungsbroschuere_Web.pdf [Abruf am: 23.10.2018].
- Balzer, K./Junghans, A./Behnke, A./Lühmann, D. (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Langfassung der Literaturanalyse. https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz_Akt_Literaturstudie-Langfassung.pdf [Abruf am: 19.12.2019].
- BAR [Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.] (2010): Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). (ICF – Praxisleitfaden 3 für das Krankenteam). Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).
- BAR [Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.] (2015): Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation. 2. überarbeitete Auflage. (ICF-Praxisleitfaden 1). Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).
- Bartholomeyczik, S. (2009): Assessmentinstrumente: Verwendungsmöglichkeiten und Grenzen. In: Bartholomeyczik, S./Halek, M.: Assessmentinstrumente in der

- Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 13-26.
- Bauer, C./Rietsch, C./Gröger, I./Gaßmann, K. G. (2008): Mobilität und Sicherheit im Alter (MoSi)©, ein neues Trainingsprogramm zur Verbesserung der Mobilität und Gangsicherheit bei Senioren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, S. 1-6. DOI: 10.1007/s00391-008-0011-7.
- Bausch, K./Goerg, K./Hoffmann, C./Holtorf, R./Schnur, E. (2014b): Mangelernährung im Alter. 1. nachkorrigierter Nachdruck. In: DGE-Praxiswissen. Bonn: DGE [Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.].
- Bausch, K./Holtorf, R./Pfefferle, H./Schnur, E. (2014a): DGE-Praxiswissen. Essen und Trinken im Alter. 2. Auflage. April 2014. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
- Begerow, B./Röhrig, A. (2005): BI, Barthel-Index (dt. Version). 08.06.2005. iqpr [Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln]. <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=443> [Abruf am: 04.01.2019].
- Benecke, A./Vogel, H. (2003): Übergewicht und Adipositas. August 2003 (Heft 16). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]. ISSN: 1437-5478.
- Besier, W./Mayer, M. (2017): MAG1 Mannheim gegen Einsamkeit. Mannheim: GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
- Bieler, S. (2018): Gewalt gegen Pflegende. Wenn Patienten aggressiv werden. In: Die Schwester – Der Pfleger 1, S. 22-25.
- Blinkert, B./Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 12-13 (Wandel der Sozialen Arbeit), S. 25-32.
- Blüher, S./Schnitzer, S./Kuhlmey, A. (2017): Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. 1. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A.: Pflege-Report 2017. Stuttgart: Schattauer GmbH, 1.
- BMEL [Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft] (2008): Nationale Verzehrsstudie II. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. (Ergebnisbericht Teil 1). Karlsruhe: Max Rubner-Institut – Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel.
- BMEL [Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft] (2017): 66 Tipps für ein genussvolles und aktives Leben mit 66+. In Form. BMEL [Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft].
- BMEL [Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft] (2018): 100 Tage Bilanz der Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft, Julia Klöckner. https://www.bmel.de/DE/Ministerium/_Texte/100TageBilanz.html [Abruf am: 13.12.2018].
- Bodenheimer, T./Lorig, K./Holman, H./Grumbach, K. (2002): Patient self-management of chronic disease in primary care. In: Journal of the American Medical Association 288(19), S. 2469-2475.

- Boes, C. (2017): Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz. Dialogzentrum Demenz, Universität Witten-Herdecke.
- Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (2014): Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Bohnsack, R. (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die qualitativen Methoden. 8., durchgesehene und überarbeitete Auflage. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Bonnefoy, M./Berrut, G./Lesourd, B. et al. (2015): Frailty and nutrition: searching for evidence. In: *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 19, 3, S. 250-257.
- Brach, M./Haack, C./Rott, C./Regelin, P./Winkler, J. (2007): Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige. 3. Aufl. Juli 2007. Frankfurt: DTB [Deutscher Turner-Bund].
- Brandenburg, H. (2017): Personenzentrierung. Möglichkeiten und Grenzen im Heim. Jugend- und Sozialamt Frankfurt.
- Buss, A./Wolf-Ostermann, K./Dassen, T./Lahmann, N./Strupeit, S. (2016): Effectiveness of educational nursing home visits on quality of life, functional status and care dependency in older adults with mobility impairments: a randomized controlled trial. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 22(2), S. 213-221. DOI: 10.1111/jep.12457.
- Campbell, A. J./Robertson, M. C. (2003): Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. A home-based, individually tailored strength and balance retraining programme. März 2003. ACC [Accident Compensation Corporation].
- Cholmakow-Bodechtel, C./Füßl-Grünig, E./Geyer, S./Hertrampf, K./Hoffmann, T./Holtfreter, B./Jordan, R./Kocher, T./Micheelis, W./Nitschke, I./Noffz, S./Scharf, L./Schiffner, U./Schützhold, S./Stark, H./Zimmer, S. (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) - Kurzfassung. August 2016. Berlin, Köln: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer.
- Costello, E./Edelstein, J. E. (2008): Update on falls prevention for community-dwelling older adults: review of single and multifactorial intervention programs. In: *Journal of Rehabilitation and Research & Development* 45(8), S. 1135-1152. ISSN: 0748-7711.
- Dapp, U./Anders, J./Golger, S./von Renteln-Kruse, W./Minder, C. E. (2012): Ressourcen und Risiken im Alter. Die LUCAS-I Marker zur Klassifizierung älterer Menschen als FIT, pre-FRAIL und FRAIL. Validierung und erste Ergebnisse aus der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45, 262-270. DOI: 10.1007/s00391-012-0311-9.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017): Kinderlosigkeit, Geburten und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. 29.11.2017. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2011): Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit - Körpermaße der Bevölkerung 2009. Korrigiert am 24. 01.2011. 2. Juni 2010 (5239003099004). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2014): Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit - Körpermaße der Bevölkerung 2013. 5. November 2014. (5239003139004). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2018b): Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit - Körpermaße der Bevölkerung 2017. 2. August 2018. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2018a): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 18. Dezember 2018 (Artikelnummer: 5224001179004).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2016): Wirtschaftsrechnungen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2013. 05.07.2016 (Fachserie 15 Heft 3). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutscher Bundestag (2017): Zur Rolle der Kommunen bei der Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland. 27. Juli 2017 (WD 9 - 3000 - 032/17). Sachstand. Deutscher Bundestag.
- Devereux-Fitzgerald, A./McGowan, L./Powell, R./French, D. P. (2018): Making physical interventions acceptable to older people. In: Nyman, S. R./Barker, A./Haines, T./Horton, K./Musselwhite, C./Peeters, G./Victor, C. R./Wolff, J. K.: The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion. Cham: Springer Verlag, S. 291-312.
- DGE [Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.] (2018): Ernährung im Alter - Der Genuss steht im Vordergrund. <https://www.fitimalter-dge.de/fachinformationen/ernaehrung-im-alter/> [Abruf am: 14.12.2018].
- DGE [Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.] (2017): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. 10. Auflage (Art.-Nr. 122402).
- DGEM [Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin] (2018): Screening auf Mangelernährung - den Ernährungszustand richtig einschätzen. <https://www.dgem.de/screening> [Abruf am: 19.12.2019]
- DIMDI [Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information] (2017): ICD-10-GM Version 2018 - Systematisches Verzeichnis. 22.09.2017.
- DIMDI [Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information] (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/> [Abruf am: 24.05.2018].
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2017): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück.
- Dulac, M. C./Aubertin-Leheudre, M. (2014): Exercise: an important key to prevent physical and cognitive frailty. In: White Book on Frailty 2014.

- Duncan, I./Birkmeyer, C./Coughlin, S./Li, Q., Sherr, D./Boren, S. (2009): Assessing the value of diabetes education. In: *The Diabetes Educator* 35(5), S. 752-760. DOI: 10.1177/0145721709343609.
- DZA [Deutsches Zentrum für Altersfragen] (2013): *Der Deutsche Alterssurvey (DEAS): Älterwerden und der Einfluss von Kontexten (4). Veränderungen der Gesundheit im Alter*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Eggert, S./Kossatz, N./Sulmann, D. (2018): *Prävention von Gesundheitsproblemen - Fokus häusliche Pflege*. Januar 2018. ZQP-Analyse. Berlin: ZQP [Zentrum für Qualität in der Pflege].
- Eklund, K./Wilhelmson, K./Gustafsson, H./Landahl, S./Dahlin-Ivanoff, S. (2013): One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial; Continuum of care for frail older people. In: *BMC Geriatrics* 13(76), S. 1-10.
- Ellert, U./Kurth, B. M. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt* 56, S. 643-649.
- Ellis, S. E./Speroff, T./Dittus, R. S./Brown, A./Pichert, J. W./Elasy, T. A. (2004): Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. In: *Patient Education and Counseling* 52, S. 97-105. DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00016-8.
- Ernst, K./Jacob, S./Kiepe, K./Klinghammer, R./Landgrebe, M./Lanz, I./Leuckfeld, H./Moser-Weikert, R./Pfister, V./Schlüter, C./Wessel, T. (2017): *Teilhabe älterer suchtkranker Menschen. Eine Handlungsorientierung*. Berlin: DEVAP [Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.] & GVS [Gesamtverband für Suchthilfe e.V.].
- Flick, U. (2012): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E./McHugh, P. R. (1975): Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: *Journal of Psychiatric Research* 12, S. 189-198.
- Fried, L. P./Tangen, C. M./Walston, J./Newman, A. B./Hirsch, C./Gottdiener, J./Seeman, T./Tracy, R./Kop, W. J., Burke, G./McBurnie, M. A. (2001): Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology* 56A(3), M146-M156.
- Frühwald, T./Hofer, A./Meidlinger, B./Roller-Wirnsberger, R./Rust, P./Schindler, K./Verena, S./Weissenberger-Leduc, M./Wolf A./Wüst, N. (2013): *Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“*. Oktober 2013. BMG Österreich [Bundesministerium für Gesundheit].
- Fuß, S./Karbach, U. (2014): *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung*. 1. Aufl. Opladen/Toronto: UTB GmbH.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen*

- und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V). Fassung vom 19. Oktober 2017. In Kraft getreten am 1. Juli 2018 (BAntz AT 29.03.2018 B2). Bundesanzeiger.
- GKV-Spitzenverband (2016): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18 a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2015. 01.09.2016. Ergänzungen: 31.10.2016.
- GKV-Spitzenverband (2017a): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V. Kapitel 1: Präambel. Fassung vom 9. Januar 2017. GKV-Spitzenverband.
- GKV-Spitzenverband (2017b): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000. Kapitel 2: Grundlagen. Fassung vom 9. Januar 2017. GKV-Spitzenverband.
- GKV-Spitzenverband (2017c): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V. Kapitel 5: Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V. Fassung vom 27. November 2017. GKV-Spitzenverband.
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Görge, T./Rauchert, K./Birkenstock, L./Fisch, S../Kämmer, K. (2012): Sicher leben im Alter. Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege. https://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/A6_Kap.3.2_Schulungshandreichung_Pflegedienste.pdf [Abruf am: 25.05.2018].
- Görres, S./Meinecke, P./Riemann, M. (2017): Aktualisierung der ZQP-Übersicht „Prävention und Rehabilitation“. [Abschlussbericht] Februar 2017. Berlin: ZQP [Zentrum für Qualität in der Pflege].
- Görres, S./Schmitt, S./Neubert, L./Zimmermann, M./Stolle, C. (2013): Prävention in der Pflege - Maßnahmen und ihre Wirksamkeit. Erarbeitung einer systematischen Übersicht vorhandener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege [Abschlussbericht]. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Praevention_Pflege_Massnahmen_Wirksamkeit.pdf [Abruf am: 25.05.2018].
- Grotkamp, S. (2014): Die Bedeutung von Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung. (Forum C. Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment - Diskussionsbeitrag Nr. 10/2014). Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.

- Gunzelmann, T./Schmidt, S./Albani, C./Brähler, E. (2006): Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19, S. 7-15. DOI: 10.1024/1011-6877.19.1.007.
- Guralnik, J. M./Simonsick, E. M./Ferrucci, L./Glynn, R. J./Berkman, L. F./Blazer, D. G./Scherr, P. A./Wallace, R. B. (1994): A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. In: Journal of Gerontology 49(2), M85-M94. DOI: 10.1093/geronj/49.2.M85.
- Hielscher, V./Kirchen-Peters, S./Nock, L. (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Band 363. Study. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf [Abruf am: 25.05.2018].
- Hoffmann, E./Nachtmann, J. (2008): Alter und Pflege. Report Altersdaten. Gerostat 03/2007. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Holle, B./Heinrich, S./Cavazzini, C./Horstmannshoff, C. (2018): DESKK - Demenzspezifisches Kurzzeitpflegekonzept. September 2018. DZNE [Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft]. <https://www.dzne.de/forschung/studien/projekte-der-versorgungsforschung/deskk/> [Abruf am: 14.12.2018].
- Holtfreter, B. (2014): Die orale Situation von heute bis 2020. Zahnmedizin Alterszahnheilkunde 9, S. 54-58.
- Horn, A./Schaeffer, D. (2013): Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit. Eine explorative Analyse der Problemsicht der ambulanten Pflege. In: Pflege & Gesellschaft. Beltz Juventa 18. Jg. 2013 H. 1, S. 34-49.
- Huber, M./Knottnerus, J. A./Green, L./Horst, H. v. d./Jadad, A. R./Kromhut, D./Leonard, B./Lorig, K./Loureiro, M. I./Meer, J. W. M. v. d./Schnabel, P./Smith, R./Weel, C. v./Smid, H. (2011): How should we define health? The WHO definition of health as complete wellbeing is no longer fit for purpose given the rise of chronic disease. Machteld Huber and colleagues propose changing the emphasis towards the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges. BMJ 343, S. 1-3. DOI: 10.1136/bmj.d4163.
- IGES (2018): Gut informiert und sicher unterwegs im ÖPNV. Praktische Hinweise zur Nutzung des ÖPNV in den Landkreisen Spree-Neiße und Landkreis Oberspreewald-Lausitz. August 2018. Modellvorhaben „Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen“. Landkreis Spree-Neiße und Landkreis Oberspreewald-Lausitz.
- Isfort, M./Weidner, F. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“ [Zwischenbericht] Freiburg/Köln: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

- Johnson, D. K./Niedens, M./Wilson, J. R./Swartzendruber, L./Yeager, A./Jones, K. (2013): Treatment outcomes of a crisis intervention program for dementia with severe psychiatric complications: the Kansas bridge project. In: *Gerontologist* 53(1), S. 102-112. DOI: 10.1093/geront/gns104.
- Jopp, D. S./Rott, C./Boerner, K./Boch, K./Kruse, A. (2013): Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Studie in der Reihe Alter und Demographie. http://www.gero.uni-heidelberg.de/md/gero/forschung/zweite_heidelberger_hundertjaehrigen_studie_2013.pdf [Abruf am: 25.05.2018].
- Kitwood, T. (1997): The experience of dementia. *Aging & Mental Health* 1(1), S. 13-22. DOI: 10.1080/13607869757344.
- Kjerstad, E./Tuntland, H. K. (2016): Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review* 6(15), S. 1-10. DOI: 10.1186/s13561-016-0092-8.
- Klaus, D./Tesch-Römer, C. (2017): Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? 12. In: Mahne, K./Wolff, J. K./Simonson, J.: *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer Verlag, 185-200.
- Kogan, A. C./Wilber, K./Mosqueda, L. (2016): Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a systematic literature review. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 64, e1-e7.
- Kolominsky-Rabas, P./Gräbel, E./Chilla, T. (2018): Bayerischer Demenz Survey (Bay-Dem) - Bericht für die Projektphase 2015-2017, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.), München.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017): Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. [Broschüre] 2. Aufl. März 2017. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- Korczak, D./Habermann, C./Braz, S. (2013): Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Schriftenreihe Health Technology Assessment. Band 127. Köln.
- Krichbaum, K./Aarstad, V./Buethle, M. (2003): Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *The Diabetes Educator* 29(4), S. 653-662.
- Kuhn, S. (o. J. a): Sucht im Alter in der Pflege: Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit einem riskanten Suchtmittelkonsum in der Pflege. Ein Ratgeber für Fachkräfte der Altenhilfe und der Suchthilfe. Hamburg: UKE [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf].
- Kuhn, S. (o. J. b): Sucht im Alter in der Pflege. Fallbeispiele. <http://www.alter-suchtpflege.de/Handlungsempfehlungen/Fallbeispiele.php> [Abruf am: 19.12.2019].

- Lange, C./Finger, J. D. (2017): Gesundheitsverhalten in Europa - Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. In: *Journal of Health Monitoring* 2(1), S. 3-20. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-024.
- Langlois, F./Minh Vu, T. T./Kergoat, M. J./Chassé, K./Dupuis, G./Bherer, L: The multiple dimensions of frailty: Physical capacity, cognition, and quality of life. In: *International Psychogeriatrics* 2012,24, S. 1429-1436.
- Lepore, M./Scales, K./Anderson, R. A./Porter, K./Thach, T./McConell, E./Corazzini, K. (2018): Person-directed care planning in nursing homes: a scoping review. In: *International Journal of Older People Nursing*, e12212. DOI: 10.1111/opn.12212.
- Lines, L. M./Lepore, M./Wiener, J. M. (2015): Patient-centered, person-centered, and person-directed care. They are not the same. In: *Medical Care* 53, S. 561-563.
- Livingston, G./Sommerlad, A./Orgeta, V./Costafreda, S./Huntley, J./Ames, D./Ballard, C./Banerjee, S./Burns, A./Cohen-Mansfield, J./Cooper, C./Fox, N./Gitlin, L. N./Howard, R./Kales, H. C./Larson, E. B./Ritchie, K./Rockwood, K./Sampson, E./Samus, Q./Schneider, L. S./Selbaek, G./Teri, L./Mukadam, N. (2017): Dementia prevention, intervention, and care. In: *The Lancet* 390(10113), S. 2673-2734. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
- Lorig, K. R./Ritter, P. L./Laurent, D. D./Plant, K. (2006): Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial. In: *Medical Care* 44(11), S. 964-971. DOI: 10.1097/01.mlr.0000233678.80203.c1.
- Luttenberger, K./Hofner, B./Graessel, E. (2012): Are the effects of a non-drug multimodal activation therapy of dementia sustainable? Follow-up study 10 months after completion of a randomised controlled trial. In: *BMC Neurology* 12, 151.
- Markle-Reid, M./McAiney, C./Forbes, D./Thabane, L./Gibson, M./Browne, G./Hoch, J. S./Peirce, T./Busing, B. (2014): An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. In: *BMC Geriatrics* 14, 62. DOI: 10.1186/1471-2318-14-62.
- Martin, M./Schneider, R./Eicher, S./Moor, C. (2012): The functional quality of life (fQOL)-model. A new basis for quality of life-enhancing interventions in old age. *Geropsych. The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 25(1), S. 33-40.
- Mathus-Vliegen, E. M. H. (2012): Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly: a guideline. *Obesity facts* 5, 3, S. 460-483.
- Mausbach, B. T./Chattillion, E. A./Moore, R. C./Roepke, S. K./Depp, C. A./Roesch, S. (2011): Activity restriction and depression in medical patients and their caregivers: a meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review* 31(6), S. 900-908. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.04.004.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- MDS [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] & GKV-Spitzenverband (2016): *Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von*

Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) vom 15.04.2016. Essen/Berlin.

- MDS [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2018): Die neue Begutachtung - Praxiserfahrungen des MDS. Berlin.
- Mensink, G. B. M./Weißborn, A./Richter, A. (2016): Folatversorgung in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2(3), S. 26-30.
- Metzelthin, S. F./Zijlstra, G. A. R., van Rossum, E./de Man-van Ginkel, J. M./Resnick, B./Lewin, G./Parsons, M./Kempen, G. I. (2017): 'Doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults: rationale and content of the Stay Active at Home programme. In: *Clinical Rehabilitation* 3(11), S. 1419-1430. DOI: 10.1177/0269215517698733.
- Meuser, M./Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion 1. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W.: *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miethe, I. (2010): *Forschungsethik* 7. In: Friebertshäuser, B./Langer, A./Prenzel, A.: *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 3., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/München: Juventa Verlag, 927-928' 938.
- Mueller, C./Burger, S./Rader, J./Carter, D. (2013): Nurse competencies for person-directed care in nursing homes. In: *Geriatric Nursing* 34, S. 101-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.09.009>.
- Müller, V. E./Richter, P./Stamer, M. (2009): *Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung - Konzept der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Freien Hansestadt Bremen e.V.* 8. Dezember 2009. Bremen: Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (VFwF e.V.) in der Freien Hansestadt Bremen.
- Muramatsu, N./Yin, L./Lin, T.-T. (2017): Building health promotion into the job of home care aides: Transformation of the workplace health environment. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI: 10.3390/ijerph14040384.
- Nasreddine, Z. S./Phillips, N. A./Bédirian, V./Charbonneau, S./Whitehead, V./Collin, I./Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005): The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. In: *Journal of the American Geriatrics Society*. 53(4): S. 695-699.
- Newman, S./Steed, L./Mulligan, K. (2004): Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet* 364, S. 1523-1537.
- Nimmegern, M./Bäuerle P. (2016): *Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen*. Oktober 2016. Hamburg: BGW [Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege].

- Nolting, H.-D./Deckenbach, B./Tisch, T. (2017): Versorgungsreport Multimorbidität im Alter. Band 20. In: Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Norris, S. L./Lau, J./Smith, S. J./Schmid, C. H./Engelgau, M. M. (2002): Self-management education for adults with type 2 diabetes. In: *Diabetes Care* 25(7), S. 1159-1171.
- Nüchtern, E./Gansweid, B./Gerber, H./Mittelstaedt, G. v. (2017): Teilhabe als Ziel von Sozialmedizin und Pflege: Definition von Pflegebedürftigkeit - Prävention von Pflegebedürftigkeit. In: *Gesundheitswesen* 79(01), S. 37-41. DOI: 10.1055/s-0042-108583.
- Oppikofer, S./Mayorova, E. (2016): Lebensqualität im hohen Alter - theoretische Ansätze, Messmethoden und empirische Befunde. In: *Pflege & Gesellschaft* 2013 21(2), S. 101-113.
- Oswald, W. D./Hagen, B./Rupprecht, R./Gunzelmann, T. (2002): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SimA), Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 15(1), S. 13-31.
- Oswald, W. D./Rupprecht, R./Hagen, B. (2012): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SimA®). SimA - Akademie e.V.
- Pörtner, M. (2005): *Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Reinders, H. (2005): *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden*. München und Wien: Oldenbourg Verlag.
- Renner, B./Staudinger, U. M. (2008): Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D.: *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber Verlag, S. 193-206.
- Renteln-Kruse, W. v. (2018): LUCAS Funktions-Index. 09.08.2018. Hamburg: Techniker Krankenkasse. <https://www.tk.de/presse/themen/gesundheitsssystem/innovationen/lucas-fi-pvrk-2047778> [Abruf am: 10.01.2018].
- Riedel, O. (2015): Pflegebedürftigkeit bei Morbus Parkinson - zu selten anerkannt? In: *Gesundheitswesen* 77(06), S. 432-435. DOI: 10.1055/s-0035-1549972.
- RKI [Robert Koch-Institut] (2015b): *Gesundheit in Deutschland*. (3). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am: 25.05.2018].
- RKI [Robert Koch-Institut] (2015a): *Wie gesund sind die älteren Menschen?* (8). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-003-8. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am: 25.05.2018].

- RNAO [Registered Nurses' Association of Ontario] (2010): Strategies to support self-management in chronic conditions: collaboration with clients. http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies_to_Support_Self-Management_in_Chronic_Conditions_-_Collaboration_with_Clients.pdf [Abruf am: 25.05.2018].
- Robbins, J. M./Thatcher, G. E./Webb, D. A./Valdmanis, V. G. (2008): Nutritionist visits, diabetes classes, and hospitalization rates and charges. In: *Diabetes Care* 31(4), S. 665-660. DOI: 10.2337/dc07-1871.
- Rosenthal, G. (2014): *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung (Grundlagentexte Soziologie)*. 4. Aufl. Beltz Juventa.
- Rothgang, H./Müller, R./Runte, R./Unger, R. (2017): *Pflegereport 2017 (Band 5)*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Berlin: Barmer.
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2013): *Barmer GEK Pflegereport 2013*. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. November 2013. Barmer GEK.
- Santos-Eggimann, B./David, S. (2013): Soll man in der klinischen Praxis Frailty abschätzen? In: *Schweiz Med Forum* 13(12), S. 248-252.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: 10.2390/0070-pub-29088450.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): *Health Literacy in Deutschland*. In: Schaeffer, D./Pelikan, J. M.: *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. 1. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag, S. 129-144.
- Scherfer, E./Freiberger, E./Stranzinger, K./Becker, C. (2013): *Otago-Übungsprogramm/Otago Exercise Programme*. Juli 2013. Physio-Akademie des ZVK gGmbH.
- Schleuter, S./Röhrig, A. (2004): *SPPB, Short Physical Performance Battery*. 27.05.2004. iqpr [Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln]. <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=375> [Abruf am: 04.01.2019].
- Schneekloth, U./Rothgang, H./Geiss, S./Pupeter, M. (2017): *Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)*. [Abschlussbericht] München: TNS Infratest Sozialforschung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [Abruf am: 25.05.2018].
- Schnitzer, S./Deutschbein, J./Nolte, C. H./Kohler, M./Kuhlmey, A./Schenk, L. (2017): How does sex affect the care dependency risk one year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund. In: *Topics in Stroke Rehabilitation* 24(6), S. 415-421. DOI: 10.1080/10749357.2017.1305645.
- Schüz, B./Dräger, D./Richter, S./Kummer, K./Kuhlmey, A./Tesch-Römer, C. (2011): *Autonomie trotz Multimorbidität im Alter - Der Berliner Forschungsverbund AMA*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Sonderheft* 2(44), S. 9-25.

-
- Literaturverzeichnis
- Schweizer, C./Kammerhoff, J. (2013): Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. „Daheim aktiv“. Modell zur ständigen Aktivierung pflegebedürftiger Menschen in ihrem Zuhause. Saarbrücken: iso-Institut. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Daheim-Aktiv_Aktivierung-pflegebeduerftigerMenschen.pdf [Abruf am: 25.05.2018].
- Schwinger, A./Jürchott, K./Tsiasioti, C. (2017): Pflegebedürftigkeit in Deutschland 21. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A.: Pflege-Report 2017. Stuttgart: Schattauer GmbH, 8.
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport (2008): Sport in Berlin. Untersuchung zum Sportverhalten. (Heft 1). In: Berliner Schriften zur Sportentwicklung. Berlin: Senatsverwaltung für Inneres und Sport. ISSN: 1866-8828.
- Singler, K./Goisser, S./Volkert, D. (2016): Ernährungsmanagement in der Alterstraumatologie. [CME Zertifizierte Fortbildung] In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49, S. 535-546. DOI: 10.1007/s00391-016-1091-4.
- Spirig, R./Fierz, K./Hasemann, W./Vincenzi, C. (2007): Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. In: Pflege 20, S. 182-184. DOI: 10.1024/1012-5302.20.4.182.
- Spuling, S. M./Ziegelmann, J. P./Wünsche, J. (2017): Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte 9. In: Mahne, K./Wolff, J. K./Simonson, J./Tesch-Römer, C.: Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Berlin: Springer VS, S. 139-156.
- Stellmacher, T./Wolter, B. (2018): Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Straubmeier, M./Behrndt, E.-M./Seidl, H./Özbe, D./Luttenberger, K./Gräbel, E. (2017): Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie. In: Deutsches Ärzteblatt 114, S. 815-821. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0815.
- Strupeit, S./Brunett, R./Wolfers, S./Denneke, C. (2011): Mobil bleiben – Mobilität erhalten und fördern – Pflegesprechstunden bei multimorbiden älteren Menschen. September 2011. Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. Berichte und Analysen zur Gesundheit. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg. <https://www.albertinen.de/module/download/13877> [Abruf am: 31.10.2018].
- SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. [Gutachten 2018].
- Szanton, S. L./Wolff, J. L./Leff, B./Roberts, L./Thorpe, R. J./Tanner, E. K./Boyd, C. M./Xue, Q./Guralnik, J./Bishai, D./Gitlin, L. N. (2015): Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utili-

- zation: the first 100 individuals to complete a center for medicare and medicaid services innovation project. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 63, S. 371-374. DOI: 10.1111/jgs.13245.
- Tang, C. L./Lansky, D. (2005): The missing link: Bridging the patient-provider health information gap. Electronic personal health records could transform the patient-provider relationship in the twenty-first century. In: *Health affairs* 24(5), S. 1290-1295. DOI: 10.1377/hlthaff.24.5.1290.
- Thomas, S./Mackintosh, S./Halbert, J. (2010): Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. In: *Age and Ageing* 39, S. 681-687.
- Vincent, C./Reinharz, D./Deaudelin, I./Garceau, M./Talbot, L. R. (2006): Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two follow-ups. In: *Health Qual Life Outcomes* 4, 41. DOI: 10.1186/1477-7525-4-41.
- Volkert, D. (2015): Grundlagen. 1. In: Volkert, D.: Ernährung im Alter. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, 1-38.
- Wagner, A./Brüggemann, J./Brucker, U./Fleer, B. (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003. Mai 2005. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).
- Walter, U. (2001): Präventionspotenziale für ein gesundes Altern. GGW 1/2001, 1. Jg, S. 21-26. https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_1-01_21-26.pdf [Abruf am: 05.04.2018].
- Walters, K./Frost, R./Kharicha, K./Avgerinou, C./Gardner, B./Ricciardi, F./Hunter, R./Liljas, A./Manthorpe, J./Drennan, V./Wood, J./Goodman, C./Jovicic, A./Iliffe, S. (2017): Home-based health promotion for older people with mild frailty: the HomeHealth intervention development and feasibility RCT. In: *Health Technology Assessment HTA/HTA TAR*, 1-8. ISSN 2046-4924 (Online), 1366-5278 (Print).
- Wetzstein, M./Rommel, A./Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst. In: *GBE kompakt* 6(3), S. 1-12. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-018.
- White, D. L./Newton-Curtis, L./Lyons, K. S. (2008): Development and initial testing of a measure of person-directed care. In: *The Gerontologist* 48(1), S. 114-123.
- WHO [World Health Organisation] (1984): The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Genf: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39136/WHO_TRS_706.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Abruf am: 25.05.2018].
- WHO [World Health Organisation] (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation [Übersetzung] 8. Mai 2014. (0.810.1). Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948.

- WHO [World Health Organisation] (2015): World Report on Ageing and Health. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=44BAC23C4C85B39C33C8AF3A931D04C9?sequence=1 [Abruf am: 25.05.2018].
- Willers, J./Scheidt-Nave, C./Busch, M./Fuchs, J. (2011): Körperliche Aktivität und Funktionsfähigkeit im Alter. Ergebnisse der Berliner Studie zur Operationalisierung von Multimorbidität und Autonomie im höheren Alter (OMAHA). In: Das Gesundheitswesen, 73 - A299. DOI: 10.1055/s-0031-1283685.
- Wingefeld, K./Büscher, A./Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld: Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft (IPW).
- Wolf, I. (o. J.): Psychologische Online-Beratung pflegen-und-leben.de. Berlin: MSD Gesundheit.
- Wolff, J. K./Nowossadeck, S./Spuling, S. M. (2016): Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich 8. In: Mahne, K./Wolff, J. K./Simonson, J./Tesch-Römer, C.: Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer Verlag, S. 125-138.
- Wurm, S./Tesch-Römer, C. (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung 7. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S.: Altwerden in Deutschland. Wiesbaden: Springer, S. 329-384.
- Yesavage, J./Brink, T./Rose, T./Lum, O./Huang, V./Adey, M./Leirer, O. (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. In: Journal of Psychiatric Research 17, S. 37-49.
- Zank, S. (2013): PURFAM - Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen (PURFAM). <http://www.zvfk.de/uploads/PURFAM.pdf> [Abruf am:19.12.2019].
- Zank, S./Schacke, C. (2011): Kurzinformation. Zusatzanamnese zur Erfassung von problematischen Pflegesituationen zur Qualitätssicherung in der Pflege. Juni 2011. Projekt PURFAM. Potentiale und Risiken familialer Pflege: erkennen - vorbeugen - handeln.
- Zank, S./Schacke, C. (2013): Projekt Potentiale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen (PURFAM). [Abschlussbericht] Köln/Berlin. [https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/PURFAM %20Abschlussbericht %20Onlinefassung_2015.pdf](https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung_2015.pdf) [Abruf am: 25.05.2018].
- ZQP [Zentrum für Qualität in der Pflege] (2018): Wissen über Prävention in der Pflege. Berlin: ZQP [Zentrum für Qualität in der Pflege]. <https://www.pflege-praevention.de/wissen/> [Abruf am: 14.12.2018].

Anhang

Inhaltsverzeichnis

Anhang

A1	Internationale Studien (Interventionen)	276
A2	Nationale Studien (Interventionen)	292
A3	Interviewleitfäden	296
A4	Codierschemata	303

A1 Internationale Studien (Interventionen)

Anhang

Robertson und Campbell (2013): Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. A home-based, individually tailored strength and balance retraining programme	
Zielgruppe	Menschen ab 65 Jahren, die ihre Wohnung kaum oder nicht mehr verlassen
Ziel	Sturzprävention, Förderung der Mobilität
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenzbasiertes Trainingsprogramm zur aufsuchenden Sturzprävention - Muskelkräftigende und das Gleichgewicht verbessernde Übungen mit Steigerung bei Verbesserung - Aushändigung einer Broschüre mit Beschreibungen der individuellen Übungsauswahl und Gewichtsmanschetten Durchführung: 30 min, 3 x pro Woche gewünscht + 2 x wöchentlich Gehtraining
Assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Handbuch in dt. Übersetzung verfügbar - Broschüre der BZgA zum Download
Ergebnisse und Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung und Testung in 4 kontrollierten Studien an der Universität der Otago Medical School unter Professor John Campbell - Evaluation in wissenschaftlichen Studien als auch unter Alltagsbedingungen an 1.016 zu Hause lebenden Älteren zwischen 65 und 97 - Reduzierung der Anzahl der Stürze sowie der sturzbedingten Verletzungen um jeweils 35 % - Größte Effekte in Altersgruppe 80+ sowie bei Menschen mit vorhergehender Sturzgeschichte - Die Kosteneffektivität des Programms wurde in zwei Settings der Regelversorgung nachgewiesen. - Das Programm wurde als Einzelintervention getestet. Jedoch ist auch denkbar, es als Komponente in ein multifaktorielles Sturzpräventionsprogramm einzugliedern.
Costello, E. et al. (2008): Update on falls prevention for community-dwelling older adults: Review of single and multifactorial intervention programs (USA)	
Zielgruppe	In der eigenen Häuslichkeit lebende Menschen über 60 Jahre, auch mit Komorbiditäten
Ziel	Wirksamkeit von Sturzprophylaxe-Programmen
Intervention	Beurteilung des Gesundheits- und Sturzrisikos mit Überweisung an Fachärztinnen und -ärzte, die auf spezifische Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen können, Medikamenteneinschätzung mit Aufklärung und Modifikationen, Visusbeurteilung, Hausbesuche zur Einschätzung von Gefahren, Schulung der Betroffenen zu Sturzrisiken, Ernährungsberatung und Übungsanleitungen für gesundes Altern, Mobilitäts- und Gleichgewichtstrainingsprogramme und ggf. Psychopharmaka-Entzug.
Assessment	Keine Angaben

Ergebnisse und Nutzen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Multifaktorielle Sturzprophylaxe-Programme scheinen für Menschen mit vorangegangener Sturzgeschichte effektiver zu sein. 2. Medikation und Beurteilung der Sehfähigkeiten sollten in ein Screening zum Sturzrisiko eingeschlossen werden. 3. Körperliches Training allein ist ausreichend, um Stürze zu vermeiden. Ein Programm aus Muskelstärkung, Gleichgewicht und Ausdauer sollte für die Dauer von mindestens 12 Wochen durchgeführt werden. 4. Die Inaugenscheinnahme von Gebäuden und Wohnungen kann zur Verringerung von Stürzen beitragen.
Yokoya et al. (2009): Three-year Follow-up of the Fall Risk and Physical Function Characteristics of the Elderly Participating in a Community Exercise Class (Japan)	
Zielgruppe	Menschen ab dem Alter von 60 Jahren mit Teilnahme an regelmäßigem (1 x wöchentlich) körperlichen Training in der Gruppe
Ziel	Vergleich der Veränderungen zwischen geringem und hohem Sturzrisiko von Individuen, die an einem körperlichen Training in der Gruppe teilnahmen, Beobachtung über 3 Jahre
Intervention	Einschluss von 197 Teilnehmenden, 90-minütiges Übungsprogramm mit Stretchen, Krafttraining (Sit-ups, Push-ups, Kniebeugen und Squats mit 5 Wiederholungen in 2 Sets) und Freizeitsportarten wie Rhythmuscgymnastik (60 min), Petanque (Boccia-ähnlich), Curling und Shuffleboard
Assessment	Fall Assessment Chart (Suzuki 2000) - Bewertung des Sturzrisikos, Bewertung der körperlichen Fitness mit 6 Tests: Greifstärke, Aufstehen, FüÙe berühren im Sitzen bei gestreckten Beinen, Stehen auf einem Bein mit geöffneten Augen und 6-minütiges Gehen
Ergebnisse und Nutzen	<p>Sturzrisiko und Anzahl der Stürze verringerte sich nur in der Hochrisikogruppe.</p> <p>Ältere Menschen, die trainiert haben, konnten ihre körperliche Verfassung (ADL-Fähigkeitsniveau) aufrechterhalten in Bezug auf Gehen, muskulöse Kraft und Veränderungen der Körperhaltung über die 3 Jahre.</p> <p>Fazit: Gesundheitsfördernde Aktivitäten in der Gruppe wirken sturzpräventiv durch die Einbeziehung von verschiedenen Aktivitäten, die an das funktionale Niveau des Einzelnen angepasst sind.</p>
Olanrewaju et al. (2016): Physical Activity (PA) in Community Dwelling Older People: A Systematic Review of Reviews of Interventions and Context (OECD-Länder)	
Zielgruppe	In der Häuslichkeit lebende Menschen ab dem Alter von 55 Jahren
Ziel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wirksamkeit der körperlichen Aktivität zur primären Prävention des kognitiven Rückgangs bei Menschen im Alter von 55+ 2. Wirksame und effektive Interventionen zur Erhöhung der Aufnahme einer körperlichen Aktivität und deren Beibehaltung 3. Barrieren und Förderfaktoren
Intervention	Systematisches Review aus 40 systematischen Reviews in OECD-Ländern
Assessment	Keine Angaben

Ergebnisse und Nutzen	<ol style="list-style-type: none"> 1. 8.360 Teilnehmende; geringer positiver Effekt von körperlicher Aktivität auf die Kognition, 2. 79.650 Teilnehmende; Vielzahl an evidenzbasierten Interventionen, die zu einer Aufnahme von körperlicher Aktivität über einen kurzen Zeitraum führen (gruppenbezogen und bezogen auf die Kognition) 3. Barrieren: Gesundheitszustand, Erfahrungen mit körperlicher Aktivität und kulturelle Sensibilität, Fördernd: angenehme Aktivitäten und bequeme Planung <p>Fazit: Belege für die Wirksamkeit von PA zur Vorbeugung von Demenz und kognitivem Verfall fehlen; Botschaften zur Gesundheit sollten darauf abzielen, ein akzeptables Maß an PA über die normalen täglichen Aktivitäten bei älteren Menschen hinaus zu fördern.</p>
Mausbach et al. (2011): Activity Restriction and Depression in Medical Patients and their Caregivers: A Meta Analysis (USA)	
Zielgruppe	Patienten und ihre pflegenden Angehörigen
Ziel	Ermittlung des Zusammenhangs zwischen eingeschränkten Aktivitäten und Depressionen bei Patienten und ihren pflegenden Angehörigen
Intervention	Keine Intervention, Prüfungen von vielen Studien in einer Metaanalyse
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Aktivitätseinschränkungen in Kombination mit Krankheiten sind eine Bedrohung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie deren pflegende Angehörige. Die Überprüfung des Aktivitätsniveaus und die Vermeidung von Aktivitätseinschränkungen kann besonders hilfreich bei der Vorbeugung von Depressionen sein.

Tab. 47: Körperliche Aktivität und Mobilität

Markle-Reid, M. et al. (2014): An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms (USA)	
Zielgruppe	Ältere Patienten mit depressiven Symptomen in der häuslichen Pflege
Ziel	Förderung der psychischen Gesundheit
Intervention	6-monatige evidenzbasierte Strategie zur Behandlung von Depressionen unter der Leitung einer Pflegekraft in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten: Case Management, Koordinierung der Kommunikation, Erleichterung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen, Angebot von monatlichen Hausbesuchen
Assessment	Nutzung des HRQOL zur Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der GDS 15 zur Bestimmung des Risikos der Depression
Ergebnisse und Nutzen	Deutliche Reduzierungen bei der Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten, Rettungs- und Notfalldiensten sowie Notfallaufnahmen während der Studiendauer
Johnson, D. K. et al. (2013): Treatment Out-comes of a Crisis Intervention Program for Dementia With Severe Psychiatric Complications: The Kansas Bridge Project (USA)	
Zielgruppe	Menschen mit Demenz und schweren psychiatrischen Komplikationen
Ziel	Reduktion von Rehospitalisierungen durch ein Kriseninterventionsprogramm
Intervention	Beratung und Schulungen zu Demenz für die Familien während der Akutphase mit neuropsychiatrischen Symptomen, Krisenpräventionsplanung durch ein Krisenreview
Assessment	Nutzung des neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI) und der Geriatrischen Depressionsskala (GDS)
Ergebnisse und Nutzen	Signifikante Reduzierung von Angst, Depressionen, Pflegebedürftigkeit, impulsivem Verhalten, verbalen Ausbrüchen und Wanderungen, weniger Widerstand gegen die Pflege, erhöhtes Vertrauen in das Management schwieriger Verhaltensweisen

Tab. 48: Psychosoziale Gesundheit

European Social Network (2012): Homebutler für betreute Wohnungen in Linz-Pichling (Österreich)	
Zielgruppe	Menschen ab dem Alter von 60 Jahren
Ziel	Unterstützung bei der Nutzung neuer Kommunikationstechnik, Erhalt der Selbstbestimmung in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Pflegediensten mit dem Ziel, ein möglichst langes Wohnen in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen, Schulung bei der Nutzung neuer Technik, Wecken von Interesse und Zusammenarbeit mit Interessensgruppen, Abbau von Scheu vor technischen Lösungen
Intervention	Nutzung neuer Kommunikationstechnik über den Fernseher: verschiedene Funktionen, darunter: virtuelle Systeme (Sicherheitsfunktionen), einschließlich Feuersalarm, Herdabschaltung, Wasserabschaltung, Notruf; begleitende Systeme: Fernsehen, Radio, Adressbuch, Tagebuch, Erinnerung an die Einnahme von Medikamenten, Audiobücher, Musik, Fotoalbum, SMS-Service, Leseservice, Nachtlicht zum Schutz vor Stürzen, Gedächtnistrainer, das Bestellen von Essen auf Rädern sowie ein Einkaufsservice
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Menschen mit Computererfahrung waren eher an der Nutzung interessiert als solche ohne Computererfahrung, Nützlichkeit der Sicherheitsfunktionen, zukünftige Nutzung gewünscht
Wang et al. (2017): Effects of a mutual recovery intervention on mental health in depressed elderly community-dwelling adults: a pilot study (China)	
Zielgruppe	Ältere Menschen mit depressiven Symptomen
Ziel	Untersuchung der Wirksamkeit eines Recovery-Programms auf die mentale Gesundheit von Menschen mit depressiven Symptomen und Auswirkungen auf die Schlafqualität und das Wohlbefinden bei älteren Menschen mit depressiven Symptomen in Shanghai
Intervention	237 Teilnehmende aus 6 Gemeinden wurden in eine Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt, Aufnahme der Teilnehmenden anhand der Kriterien der GDS, Intervention: 7 x 90-minütige wöchentliche Sitzungen (Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten, die „negativen Gedanken in positive umzuwandeln“, Erhöhung der sozialen Unterstützung → mit dem Ziel der Verbesserung der depressiven Symptome)
Assessment	Geriatric depression scale (GDS), WHO-5 Well-being Index (WHO-5) und Self-administred Sleep Questionnaire (SSQ)
Ergebnisse und Nutzen	Schlussfolgerungen: Das Recovery-Programm trägt dazu bei, interaktive Fähigkeiten zu vermitteln, und verbessert die kommunikative Fähigkeit, depressionsbezogene Informationen preis zu geben. Es hilft, neue soziale Bindungen zu entwickeln. Der psychosoziale Status, die Lebens- und Schlafqualität der Teilnehmenden verbesserte sich deutlich. Die Ergebnisse zeigen ebenso die Bedeutung der Kommunikation und Interaktion zwischen Teilnehmenden und Moderatorinnen und Moderatoren. Die langfristige Wirksamkeit ist noch zu erforschen.

Albert et al. (2016): Design and Recruitment for a Randomized Controlled Trial of Problem Solving Therapy to Prevent Depression among Older Adults with Need for Supportive Services (USA)	
Zielgruppe	Ambulant versorgte Personen ab 60 Jahren mit depressiver Verstimmung
Ziel	Wirksamkeit der Problemlösungstherapie für Seniorinnen und Senioren zur Prävention schwerer Depression, im Zusammenhang mit der Rekrutierung der Risikogruppe, der Qualität der Auswahl der Probanden und der Akzeptanz des DEP-ABC-Assessments, der -intervention sowie dem Ausgangsstatus der Teilnehmenden
Intervention	Intervention (Problemlösungstherapie): 104 Personen, 6–8 Sitzungen à 40 min: Probleme, die das Wohlbefinden beeinträchtigen, abbauen lernen und Strategien zu ihrer Bewältigung entwickeln, Begleitung über 14 Monate
Assessment	DEP-ABC (Depression Agency-Based Collaborative)-Assessment und -intervention: ein Tool zur Feststellung von Depression mit Problemlösungstherapie (PST), Selbstberichte über Beeinträchtigungen und Tests der Mobilitätseinschränkung, Nutzung des PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) zur Identifikation von depressiven Verstimmungen oder Ängsten
Ergebnisse und Nutzen	Die Identifikation von Menschen mit hohem Risiko für schwere Depressionen gelingt über den direkten Kontakt zu Anbietern von Dienstleistungen für ältere Menschen (Seniorenzentren und Wohnzentren). Die Zufriedenheit mit der Intervention war hoch. Die Intervention (Problemlösungstherapie) ist für diese Zielgruppe akzeptabel und kann zu den bestehenden Dienstleistungen der Anbieter hinzugefügt werden – eine Implementationsstudie von DEP-ABC ist erforderlich, um die Machbarkeit der Therapie bei den Senioren- und Wohnzentren zu testen.

Tab. 49: Kognition

Szanton et al. (2015): Preliminary Data from Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders, a Patient-Directed, Team-based Intervention (USA)	
Zielgruppe	Personen ab 65 Jahren in der Häuslichkeit mit Leistungsansprüchen sowohl bei Medicare als auch Medicaid
Ziel	<p>3 Teilziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine Verringerung der Versorgungskosten (weniger Krankenhausaufenthalte, Vermeidung eines Heimübergangs) - Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Programtteilnehmenden - Verhinderung der weiteren Verschlechterung der funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen, um einen längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung sicherzustellen
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - 100 Teilnehmende, mehrheitlich weiblich, durchschnittlich 74 Jahre alt, 49 % alleinlebend, mehrheitlich mit mittleren bis starken Schmerzen - Professionelles Team: Ergotherapeutin oder Ergotherapeut, Pflegefachkraft und Handwerkerinnen und Handwerker - Bis zu 10 Hausbesuche à 60 bis 90 min in einem Zeitraum von fünf Monaten nach definierter Reihenfolge: <ul style="list-style-type: none"> - Erstbesuch: Pflegefachkraft (partizipatorische Identifizierung der prioritären Bereiche für Interventionen) sowie Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut (Evaluierung des Wohnraums im Hinblick auf Sicherheit, Effizienz, Defizite und vorhandene umweltbezogene Barrieren oder Förderfaktoren, mögliche Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen) - Folgende 4 Wochen - Wohnraumanpassung durch Handwerkerinnen und Handwerker (max. \$ 1.300 pro Haushalt) - Anschließend Hausbesuch von Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut (Training der richtigen Nutzung der Einbauten und Hilfsmittel) sowie der Pflegefachkraft (gezielte Förderung der funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person in den pflegebezogenen prioritären Handlungsfeldern - Medikamentenmanagement, psychische Problemlagen, Kraft und Balance, Förderung der Kommunikation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt, Anleitung zur Bewegung nach dem OTAGO-Programm) - Letzter Besuch: Evaluation und Verstetigung der Maßnahmen, Anwendung der Hilfsmittel, Förderung der nachhaltigen Umsetzung im Alltag - Partizipatorische Identifizierung der prioritären Bereiche für Interventionen (mit Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut und Pflegefachkraft)
Assessment	- Voraussetzung für Teilnahme: MMSE \geq 24
Ergebnisse und Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten bei 79 von 100 Teilnehmenden am Programm, nur 8 % Verschlechterung innerhalb von 5 Monaten - Verdreifachung des Anteils der Teilnehmenden ohne Beeinträchtigung bei der Mobilität, Verdopplung im Bereich Selbstversorgung - Signifikante Verringerung der depressiven Symptome - Keine Heimaufnahme

Muramatsu et al. (2017): Building Health Promotion into the Job of Home Care Aides: Transformation of the Workplace Health Environment (USA)	
Zielgruppe	Klientinnen und Klienten (ab 60 Jahre) und Pflegehelferinnen und -helfer
Ziel	Positive Effekte durch ein Programm der Gesundheitsförderung, das von Pflegehelferinnen und -helfern für ihre Klientinnen und Klienten erbracht wurde. Untersuchung der Wirksamkeit in beiden Gruppen
Intervention	Programm „Healthy Moves for Aging Well“: 3 Bewegungsübungen im Sitzen mit einer durchschnittlichen Dauer von 27 min, Schulung der Pflegehelfer
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	„Home Care Aides“ ab 50+ Jahre berichteten durch die Durchführung des Programms auch eine Bewegungssteigerung in ihrer Freizeit, Jüngere empfanden dies nicht. 98 % der Pflegehelferinnen und -helfer waren mit „Healthy Moves for Aging Well“ zufrieden und erbrachten es bei über 90 % ihrer Klientinnen und Klienten, motivierten zum Teil auch andere Pflegehelfende zur Durchführung, da sie so begeistert von der Wirkung waren. Insgesamt wurde das Verhältnis zueinander gestärkt.
Department of Health (2011): Strengthening assessment and care planning. A guide for HACC assessment services in Victoria. Melbourne, Victoria	
Zielgruppe	Ältere Menschen mit Pflegebedarf
Ziel	Frühe Intervention und Prävention anhand von Leitlinien
Intervention	Vernetzung von Klientinnen und Klienten, Interventionen/Unterstützung in der Gemeinde, eine zielgerichtete Pflegeplanung, die Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens und die soziale Netzwerkpflege; spezifisch: Sturzprävention (Bewegungsprogramm, Physiotherapie), Prävention von Inkontinenz (Assessment, Physiotherapie), Tertiärprävention bei chronischen Erkrankungen (Beratung, Selbsthilfegruppen) und Prävention von Missbrauch
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Anleitung der HACC-Assessorinnen und -Assessoren in der Anwendung der Leitlinie und damit Standardisierung
Holtzer-Goor, K. M. et al. (2015): Cost-Effectiveness of Including a Nurse Specialist in the Treatment of Urinary Incontinence in Primary Care in the Netherlands	
Zielgruppe	Menschen mit Harninkontinenz
Ziel	Kostenwirksamkeit einer spezialisierten Pflegekraft für die medizinische Erstversorgung von Harninkontinenz im Rahmen eines bestehenden Versorgungsprogramms zur Optimierung der Inkontinenzversorgung
Intervention	Einsatz einer spezialisierten „Kontinenzschwester“, angesiedelt bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt, um die frühzeitige Identifizierung betroffener Patientinnen und Patienten im Rahmen des Programms zu erhöhen

Anhang

Assessment	Nutzung von QUALY zur Bewertung der gewonnenen Lebensjahre in Relation zur Gesundheit
Ergebnisse und Nutzen	QUALY-Gewinn von 0,005 pro Patient, Einsparung von 402 Euro über einen Zeitraum von drei Jahren, einschränkend ist zu erwähnen, dass trotz der neuen Versorgungssituation nicht alle Fälle entdeckt wurden (36 %)
Hernández, C. et al. (2015): Effectiveness of community-based integrated care in frail COPD patients: a randomised controlled trial (Spanien)	
Zielgruppe	Gebrechliche Menschen mit stabiler COPD
Ziel	Darstellung der Effektivität der gemeindenahen integrierten Versorgung durch Einsatz eines Integrated-Care-Dienstes zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und Notaufnahmen
Intervention	Interventionsgruppe: 4 Maßnahmen 1. Ein umfassendes Assessment der Patientin oder des Patienten einschließlich des Schweregrades der Krankheit, Bewertung der komorbiden Zustände und Analyse der sozialen Unterstützung 2. Ein 2-stündiges Bildungsprogramm sowie Erhalt von Informationsmaterial 3. Ein Besuch des Fachpersonals und des Primary Care Team (Ärztin oder Arzt, berufliche Pflegenden und Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter) in der Häuslichkeit 4. Zugang zur spezialisierten Pflegekraft des Krankenhauses über ein webbasiertes Call Center
Assessment	Nutzung des HRQOL zur Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Ergebnisse und Nutzen	Die Intervention verbesserte die klinischen Ergebnisse einschließlich des Überlebens und verringerte Notaufnahme-Besuche, aber sie verringerte nicht die Krankenhauseinweisungen; keine Unterschiede zwischen den Gruppen nach sechs Jahren
Administration on Aging/Administration for Community Living (2014): Prevention and Public Health Fund – Chronic Disease Self-Management Education Program (CDSME) (USA)	
Zielgruppe	Ältere Menschen ab 60 Jahre und Menschen mit chronischen Erkrankungen in den USA
Ziel	Unterstützung beim Selbstmanagement verschiedener Erkrankungen, Stärkung und Ausbau integrierter, nachhaltiger Servicesysteme innerhalb der Staaten
Intervention	Angebot des CDSME-Programms in 22 Staaten der USA: Workshops in Kleingruppen außerhalb der Wohnung, in einigen Staaten aber auch in der Häuslichkeit (Los Angeles County und Washington): Techniken der Problembewältigung, Umgang mit Medikamenten, Entscheidungsfindung, Kommunikation, Ernährung und Bewegung
Assessment	Keine Angaben

Ergebnisse und Nutzen	Zwischenbilanz: Testung des Programms in 22 US-Staaten, in 15 Staaten wurden die Ziele der Teilnahme an Schulungsprogrammen übertroffen, Einbettung der evidenzbasierten Selbstmanagement-Programme in ein Präventionsnetzwerk und Ausbau dieser Schulungsprogramme
Garrett, J. H. (2015): A Review of the CDC Recommendations for Prevention of HAIs in Out-patient Settings (USA)	
Zielgruppe	Ambulant betreute Menschen
Ziel	Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen in ambulanten Settings
Intervention	Keine Intervention, Zusammenfassung von Studien zur Prävention von HAIs
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Effektive Infektionspräventionspraktiken im ambulanten Bereich sind entscheidend für die Verringerung des Infektionsrisikos und die Verbesserung der Patientensicherheit sowie der Behandlungsergebnisse. Sie reduzieren zudem die Kosten der Gesundheitsversorgung.
Walters et al. (2017): Home-based health promotion for older people with mild frailty: the Home Health intervention development and feasibility RCT (Großbritannien)	
Zielgruppe	Ältere Menschen ab 65 Jahren mit leichter Gebrechlichkeit
Ziel	Testung eines ambulanten Services auf Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Kosten durch einen RCT
Intervention	Ambulanter Service zur Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und funktionellen Fähigkeiten: monatliche Hausbesuche (30-60 min/Monat) Gesundheitsförderungsprogramm: Beweglichkeit, Ernährung, soziales und psychologisches Wohlbefinden durch Information, emotionale und praktische Unterstützung, Training und Begleitung
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Nach 6 Monaten eine signifikant bessere Funktionalität und eine signifikante Abnahme psychischer Belastungen, Kosten der Intervention lagen bei £ 307 pro Person
Phelan et al. (2004): Activities of daily living function and disability in older adults in a randomized trial of the health enhancement program (USA)	
Zielgruppe	Personen ab 70 Jahren mit mind. einer chronischen Erkrankung und ADL-Einschränkungen ohne schwerwiegende kognitive Beeinträchtigungen
Ziel	Effekte des Health Enhancement Program (HEP) auf ADL-Einschränkungen hinsichtlich der Vorbeugung neuer ADL-Einschränkungen, der Verbesserung bestehender ADL-Einschränkungen und Vermeidung einer Verschlechterung der ADL

Intervention	Pflegerische („general nurse practitioner“) erfassen ADL-Einschränkungen, erstellen einen „health action plan“, motivieren zur Teilnahme an einer Gruppe (evidenzbasiert, Selbstmanagement oder mit Gesundheitsmentorin bzw. -mentor), Datenerfassung und Veränderungsdocumentation, überwachen die Gesundheitsziele durch Hausbesuche und Telefonkontakte
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Interventionsgruppe: Teilnehmende mit ADL-Einschränkungen hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, diese zu verbessern, Stabilität von ADL-Einschränkungen Kontrollgruppe: (nicht signifikant, nur Tendenz) zusätzliche ADL-Einschränkungen, Verschlechterung bestehender ADL-Einschränkungen
Lang et al. (2015): Seniors managing multiple medications using mixed methods to view the home care safety lens (Kanada)	
Zielgruppe	Menschen mit chronischer Erkrankung und Umgang mit vielen Medikamenten im häuslichen Setting
Ziel	Identifizierung von Schwachstellen im Medikationsmanagement für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Anforderungen für die Aufrechterhaltung der Arzneimittelsicherheit im Haushalt
Intervention	Partizipatorische fotografische Begleitung von 94 pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren zur Analyse von visuellen und Textdaten, 69 davon mit Teilnahme an Fokusgruppen → Iterative Analyse der Daten und der Interviews (Vergleich von konvergierenden und divergierenden Mustern)
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anpassung der Pflege an die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer in der Häuslichkeit (z. B. Schulung im Umgang mit Medikamenten) 2. Entwicklung von benutzerzentrierten Werkzeugen zur Unterstützung der Arzneimittelsicherheit (individuell abgestimmte und für die Nutzerinnen und Nutzer verständliche Medikationspläne) 3. Stärkung der Integration der Versorgungsbereiche (Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Forscherinnen und Forschern und politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern)
Ahn et al. (2013): The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention (USA)	
Zielgruppe	Chronisch kranke Menschen (Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebs, Diabetes und chronische Lungenerkrankungen) mit Teilnahme am Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) in der USA
Ziel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzierung der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens 2. Berechnung des Kosteneinsparungspotenzials 3. Hochrechnung der Kosteneinsparungen auf die amerikanische Bevölkerung
Intervention	Befragung von 1.170 Teilnehmenden des CDSMP-Programms zu Beginn, nach 6 und 12 Monaten aus 22 Organisationen und 17 US-Staaten (keine weitere Erläuterung dazu)

Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Reduktion der Notaufnahme-Besuche (5 %) - Reduktion der Krankenhausaufenthalte (3 %) bei den nationalen CDSMP-Teilnehmenden nach 6 Monaten - Nettoeinsparung von 364 USD pro Teilnehmerin/Teilnehmer und einer nationalen Einsparung von 3,3 Milliarden USD - Notwendigkeit von Richtlinien zur Unterstützung der breiten Einführung von CDSMP
Muramatsu, N. et al. (2015): Co-Learning With Home Care Aides and Their Clients: Collaboratively Increasing Individual and Organizational Capacities (USA)	
Zielgruppe	Pflegehelfende und ihre Klienten ab dem Alter von 60 Jahren in Chicago, Illinois
Ziel	Ermittlung der Effekte von Co-Learning
Intervention	Persönliche Interviews und Fitnesstests mit Kunden sowie selbstausfüllbare Fragebögen in Selbstverwaltung für HCAs
Assessment	Nutzung von REDCap (Datenerfassungstool) zur Erfassung der Daten in der Häuslichkeit der Klienten
Ergebnisse und Nutzen	Co-Learning ist für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in Bildung, Forschung und Praxis unerlässlich
Mortensen (2013): Effects of an Assistive Technology Intervention on Older Adults with Disabilities and their Informal Caregivers: an Exploratory Randomized Control Trial (Kanada)	
Zielgruppe	Menschen mit Behinderungen ab 65 Jahren, die mehr als 2h wöchentlich Pflege durch pflegende Angehörige erhalten (ohne kognitive Einschränkungen)
Ziel	Untersuchung der Effekte von assistiver Technologie (AT) auf Menschen mit Behinderungen und deren pflegende Angehörige
Intervention	<p>44 Wohnungen eingeschlossen, 6-wöchige Intervention:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bewertung der Formen der Unterstützung (technologische und menschliche), die derzeit verwendet werden 2) Identifizierung von Problematiken in der Zweierbeziehung 3) Empfehlungen für mögliche Änderungen im AT des Betroffenen 4) AT-Aktualisierung (neue AT oder Tune-up der alten AT) (20 Komponenten auf Anfrage erhältlich - nicht vorliegend), <ul style="list-style-type: none"> - Begleitung von 3 Ergotherapeutinnen bzw. Ergotherapeuten
Assessment	Assessment of Life Habits (Life H) - Zufriedenheitsskala zur Bewertung der tägl. Aktivität, Individually Prioritized Problem Assessment (IPPA) - Selbstbewertung der Schwierigkeit der Anforderungen, Caregiver Assistive Technology Outcome Measure (CATOM) - Belastung der pflegenden Angehörigen
Ergebnisse und Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> - AT-Nutzer: signifikant gesteigerte Zufriedenheit und verbesserte Leistungswerte - Pflegende Angehörige: deutlich geringere Belastung durch die Zweierbeziehung mit den Betroffenen <p>Fazit: Die Bereitstellung von AT verringert die Belastung der pflegenden Angehörigen</p>

Anhang

Sozialversicherungsinstitut, Portugal: Nationales Netzwerk für integrierte Langzeitpflege. In: European Social Network (2012): Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter: die Rolle des Sozialamts	
Zielgruppe	Hilfsbedürftige Menschen in Portugal
Ziel	Bereitstellung integrierter Pflegedienste für hilfsbedürftige Menschen
Intervention	Errichtung eines Netzwerkes: Behörden mit Finanzautonomie, Krankenhäuser, gemeinnützige Verbände, private Pflegeverbände, staatliche Gesundheitszentren mit 5 regionalen Koordinationsteams für soziale Sicherheit und 90 kommunale Koordinationsteams in Zentren der primären Gesundheitsversorgung, Unterstützung durch ein Onlinesystem zur Datenverwaltung: Überweisungen, Einweisungen, Schmerzeinstufung, Stürze etc.
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	2012 wurden 5.930 Plätze angeboten, denen allerdings mehr als 20.500 Interessierte gegenüberstanden
Gemeinde Kolding, Dänemark: Aktives Leben für Senioren. In: European Social Network (2012): Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter: die Rolle des Sozialamts (Dänemark)	
Zielgruppe	Ältere Menschen mit nachlassenden Fähigkeiten und damit einhergehendem Selbstständigkeitsverlust
Ziel	Verbesserung der Lebensqualität
Intervention	Angebot eines Rehabilitationsprogramms: Rehabilitation im Rahmen von ambulanten Pflegediensten und Diensten durch ambulante Krankenpflegekräfte sowie Rehabilitation in Einrichtungen des Gesundheitswesens
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Nutzung des Diensts von 4.400 Personen: 20 % der Nutzer von ambulanten Rehabilitationsdiensten kamen anschließend ohne Hilfe aus und ca. 55 % der Nutzer benötigten weniger Hilfe.
Amt der oberösterreichischen Landesregierung, Österreich: Akutgeriatrie und Remobilisation. In: European Social Network (2012): Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter: die Rolle des Sozialamts (Österreich)	
Zielgruppe	Menschen in der Akutgeriatrie
Ziel	Behandlung von einem multidisziplinären Team, multidimensionale Betreuung unter Beachtung der medizinischen, funktionellen, kognitiven, körperlichen und sozialen Aspekte der jeweiligen Erkrankung
Intervention	Angebot medizinischer Dienste und Remobilisationsdienste von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Krankenhauspsychologinnen und -psychologen während eines Krankenhausaufenthalts oder nach einer ärztlichen Überweisung
Assessment	Keine Angaben

Ergebnisse und Nutzen	Behandlung von 7.800 Patientinnen und Patienten im Jahr 2011, kontinuierliche Ergebnisbewertung von Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), keine weiteren Angaben
Vincent, C. et al. (2006): Public telesurveillance service for frail elderly living at home, out-comes and cost evolution: a quasi-experimental design with two follow-ups (Kanada)	
Zielgruppe	Gebrechliche ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit
Ziel	Ergebnisse und Kostenentwicklung eines öffentlichen Fernüberwachungsdiensts
Intervention	Daten aus Patientenakten, Quartalsberichte des Telesurveillance Center
Assessment	Persönliche Fragebögen (Modified Mini-Mental State, Functional Autonomy Measurement System, Life Event Checklist, SF-12, Life-H, Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology, Caregiver Burden-Skala)
Ergebnisse und Nutzen	48 (5,0 %) der Anrufe waren gesundheitsbezogen, keine Veränderung der Lebensqualität und der täglichen Leistungsfähigkeit der Ältesten, die Zufriedenheit war sehr hoch, die psychische Belastung der Betreuerinnen und Betreuer nahm deutlich ab. In einem Zeitraum von 3 Monaten sank die Dauer der Krankenhausaufenthalte von 13 auf 4 Tage, die häusliche Pflege ging von 18 auf 10 Besuche pro Patientin/Patient zurück. Die Gesamtkosten der pro Kundin/Kunde in Anspruch genommenen Gesundheits- und Sozialdienste sanken nach den ersten drei Monaten um 17 % und nach den zweiten drei Monaten um 39 %.
Oksman E. et al. (2017): Cost-effectiveness analysis for a telebased health coaching program for chronic disease in primary care (Finnland)	
Zielgruppe	Menschen mit chronischen Erkrankungen
Ziel	Kosteneffektivität eines telebasierten Gesundheitsprogramms
Intervention	Interventionsgruppe: monatlich ein telefonisches Einzelgesundheitscoaching von einer speziell geschulten Pflegekraft für 12 Monate zusätzlich zu den üblichen Sozial- und Gesundheitsmaßnahmen, die Kosten beinhalteten alle direkten Gesundheitskosten, ergänzt durch die häuslichen Pflegekosten in der Sozialfürsorge
Assessment	Nutzung der (HRQOL-)Messung (15D-Instrument), Bewertung der Kosteneffizienz anhand von Kosten-Nutzen-Verhältnissen
Ergebnisse und Nutzen	Die Kosteneffizienz des Gesundheitscoachings kann je nach Patientengruppe sehr unterschiedlich sein, sodass die Interventionen auf ausgewählte Gruppen chronisch Kranker ausgerichtet sein sollte, Einschränkung: sehr kurze Nachbeobachtungszeit.
Kommunalrat Arad, Rumänien: Netzwerk von Tagespflegestätten. In: European Social Network (2012): Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter: die Rolle des Sozialamts	
Zielgruppe	Ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit
Ziel	Schutz vor Isolation und Unterstützung zum Erhalt der Selbstbestimmung, Förderung sozialer Kontakte

Anhang

Intervention	Sieben Tagespflegestätten bieten Beratung bei sozialen und rechtlichen Problemen, psychologische Beratung, Arzt- und Zahnarztbesuche, Mahlzeiten, Freizeitgestaltung, soziale Unterstützung im Krankheitsfall durch Haus- oder Krankenhausbesuche, häusliche Pflegedienste für ältere Menschen, die nicht mehr alleine zurechtkommen (in Zusammenarbeit mit dem Schutzdienst für behinderte Menschen), materielle Hilfe, Not-hilfe, Veranstaltung verschiedener Feste, sozialen Tourismus und wei-tere Dienstleistungen je nach Bedarf der Betroffenen; Bewegungs-therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Versorgung mit Medikamenten (durch Zusammenarbeit mit einer Apotheke), Bewegungstherapie- und Genesungsräume.
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Positive Ergebnisse einer Erhebung unter den Leistungsempfängerinnen und -empfängern (keine näheren Angaben vorhanden)
Waddell, K. & Wilson M. G. (2016): Rapid Synthesis - Using Non-Medical Home Services to Sup-port Older Adults (Kanada)	
Zielgruppe	Ältere und gebrechliche Menschen
Ziel	Effekte von „Haushaltsdiensten“ (z. B. Hausbesuche, Haushaltsführung, Essenslieferung/-zubereitung) auf die Lebensqualität, den Verbleib in der Häuslichkeit, die Verringerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen oder Langzeitpflege und die Reduzierung von Kosten
Intervention	Unterschiedliche Maßnahmenbeschreibung in den unterschiedlichen Studien des Reviews, z. B. Schulung und Beratung, Case- oder Care-Management, Definition eines Ziels, Einsatz eines interprofessionellen Teams, Ermunterung zur Bewegung, sturzpräventive Maßnahmen
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Weniger Komplikationen nach Krankenhausaufenthalten, ein besseres emotionales Empfinden und eine höhere Medikamentenadhärenz, Ver-zögerung des Eintritts ins Pflegeheim, Senkung der Mortalität, Senkung der Anzahl der gestürzten Patienten, kein Einfluss auf Krankensein-weisungen
Niiniö und Vesterinen (2008): Best Practices in Finnish Health Care Prevention (Finnland)	
Zielgruppe	Alle Menschen im finnischen Gesundheitssystem
Ziel	Vorstellung der Best-Practice-Präventionsprogramme der finnischen Gesundheits- und Sozialversorgung
Intervention	KOTOSA Projekt: „rehabilitativer Ansatz“ in der ambulanten Pflege (Unabhängigkeit unterstützen, Ressourcen identifizieren/fördern, Stei-gerung der Lebensqualität etc.) mittels Bewegungs- und Beratungsan-geboten zur Förderung der Gesundheitskompetenz, EHKO: präventiver Hausbesuch, DEPRESSION Projekt: Screening mittels der 15-Item Geriatric Depression Scale (GDS 15), Angebot einer „depression school“, VoiTas Projekt: Bewegungsprogramm
Assessment	DEPRESSION Projekt: Nutzung der der 15-item Geriatric Depression Scale (GDS 15)

Ergebnisse und Nutzen	KOTOSA Projekt: Steigerung der Selbstwirksamkeit, der Motivation und der Lebensqualität, EHKO: Klienten, die einen präventiven Hausbesuch erhielten, fühlten sich sicherer und hatten größeres Vertrauen in kommunale Tätigkeiten, DEPRESSION-Projekt: Steigerung der Lebensqualität, VoITas Projekt: Entwicklung eines mobilen Fitnessstudios
Gemeinde Fredericia, Dänemark: Lebenslanges Leben. In European Social Network (2012): Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter: die Rolle des Sozialamts (Dänemark)	
Zielgruppe	Ältere Menschen in der Gemeinde Fredericia, Dänemark
Ziel	Erhöhte Zufriedenheit, Förderung und Verbesserung der Kenntnisse kommunaler Angestellter zum Nutzen der Betroffenen, Verbesserung der Rentabilität
Intervention	Angebot eines 6- bis 8-wöchigen Rehabilitationsprogramms durch häusliche Pflege der Gemeinde sowie Pflegefachkräfte bei Beantragung von Pflegeunterstützung, intensive Schulung und Entwurf eines individuellen Plans, Sicherung der selbstständigen Erledigung von einfachen Aufgaben im Alltag
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Verringerung der Anzahl der Pflegestunden in der Gemeinde, monetäre und pflegerische Einsparungen (20.000 Euro und 822 Stunden pro Person)
Looman, W. M. et al. (2016): Cost-effectiveness of the „Walcheren Integrated Care Model“ intervention for community-dwelling frail elderly (Land)	
Zielgruppe	Gebrechliche ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit
Ziel	Kosteneffektivität des „Walcheren Integrated Care Model“ (WICM)
Intervention	Vergleich von 184 gebrechlichen älteren Patientinnen und Patienten aus 3 Hausarztpraxen mit WICM mit 193 gebrechlichen älteren Patientinnen und Patienten aus 5 Hausarztpraxen in der Regelversorgung. Die Kosten wurden mittels Fragebögen, hausärztlicher Daten, Zeiterfassungen und Berichten von multidisziplinären Treffen ermittelt.
Assessment	Nutzung des EQ-5D-Fragebogens zur subjektiven Lebensqualität
Ergebnisse und Nutzen	Das WICM erwies sich als nicht kosteneffektiv. Die Kosten der integrierten Versorgung gleichen nicht die begrenzten Auswirkungen auf die gesundheitliche Lebensqualität nach 12 Monaten aus.

Tab. 50: Setting ambulante Versorgung in der Häuslichkeit

A2 Nationale Studien (Interventionen)

Anhang

Görgen et al. (2012): Sicher leben im Alter. Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege. Materialien für die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste	
Zielgruppe	Ältere Menschen in der häuslichen Pflege
Ziel	Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege
Intervention	Schulung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste zum theoretischen Hintergrund zu Misshandlung und Vernachlässigung, Anwendung eines Risikoassessments, Umgang mit kritischen Situationen im Pflegehaushalt, Klärung der Rolle und Aufgaben von Pflegediensten im Kontext von Misshandlung und Vernachlässigung
Assessment	Risikoassessment zur Systematisierung der eigenen Beobachtungen und deren Bewertung sowie Grundlage für die Besprechung im Team
Ergebnisse und Nutzen	Prävention durch Einführung eines Risikoassessments zur Früherkennung von Gewalt
Zank und Schacke (2013): Abschlussbericht. Projekt „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“ (PURFAM). Köln/Berlin	
Zielgruppe	Familial gepflegte Menschen in der eigenen Häuslichkeit
Ziel	Gewaltprävention durch Früherkennung im ambulanten Setting
Intervention	Anwendung eines multidimensionalen Assessments durch geschulte ambulante Pflegedienste, das bei der Identifizierung bereits praktizierter Gewalt pflegender Angehöriger und beim Aufzeigen eines erhöhten Risikos von Missbrauch und Vernachlässigung unterstützt
Assessment	PURFAM-Assessment: Berücksichtigung verschiedener Informationsquellen zur Einschätzung der Pflegesituation: das Belastungserleben des pflegenden Angehörigen, die Einschätzung der Pflegesituation durch die zuständige Pflegefachkraft und die Bewertung der Situation anhand der verfügbaren Informationen durch das Pflegeteam
Ergebnisse und Nutzen	Große Akzeptanz des Assessments, Praktikabilität bestätigt

Tab. 51: Prävention von Gewalt

Görres et al. (2013): Prävention in der Pflege – Maßnahmen und ihre Wirksamkeit. Erarbeitung einer systematischen Übersicht vorhandener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)	
Zielgruppe	Ältere Menschen
Ziel	Untersuchung auf Evidenz gesundheitsfördernder und präventiver Pflegeinterventionen
Intervention	Präventive Hausbesuche, Case Management, Schulung und Beratung, Einsatz von Musik, spezielle Pflege- und Betreuungskonzepte
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Erfolg präventiver Hausbesuche hängt von ihrer Intensität und Frequenz ab. 2. Pflegerische Beratungs- und Schulungsprogramme gelten als erfolgversprechend, wenn sie auf Prävention und Bewältigung chronischer Erkrankungen bei Hochbetagten abzielen. 3. Der Nutzen von Musik war als pfegetherapeutische Maßnahme nachweisbar.
Horn und Schaeffer (2013): Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit. Eine explorative Analyse der Problemsicht der ambulanten Pflege	
Zielgruppe	Pflegefachkräfte ambulanter Pflegedienste
Ziel	Erkenntnis der Relevanz von Prävention in der ambulanten Pflege sowie deren Umsetzungsbedingungen
Intervention	12 Experteninterviews mit Pflegefachkräften ambulanter Pflegedienste
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Sensibilität für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung ist bislang gering, 2. die Notwendigkeit hierfür hinsichtlich des demografischen Wandels noch nicht erkannt und 3. die restriktiven Rahmenbedingungen schränken den Handlungsspielraum im ambulanten Pflegealltag stark ein.
Stadt Wiesbaden, Deutschland. Netzwerk für geriatrische Rehabilitation „GeReNet.Wi“. In: European Social Network (2012): Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter: die Rolle des Sozialamts	
Zielgruppe	Ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit
Ziel	Angebot einer Alternative zum Pflegeheim, Sicherung der selbstständigen Wohnform durch vernetztes Arbeiten der Gesundheitsdienste
Intervention	Beratungs-, Diagnose-, Behandlungs-, Heil- und unterstützende Dienste der Netzwerkpartner, Informationsangebote, Schulungen, Zugang zu Heilmaßnahmen und therapeutischen Anwendungen sowie zu weiteren Rehabilitationsmaßnahmen
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	Finanzierung von zwei Vollzeitstellen in der Geschäftsstelle von GeReNet in Wiesbaden (keine Angabe zu Inanspruchnahme oder Nutzen des Angebots)

Anhang

Stadt Dortmund, Deutschland: Seniorenbüros im Quartier für ein gutes Leben im Alter. In: European Social Network (2012): Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter: die Rolle des Sozialamts	
Zielgruppe	Ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit
Ziel	Möglichst langer Verbleib älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit
Intervention	Seniorenbüros mit Vernetzung der privaten Pflegefachkräfte, Pflegeeinrichtungen, der Polizei, der Krankenhäuser und Wohnungsbau-gesellschaften mit kostenloser Beratung und Information über z. B. ambulante Pflegedienste, verschiedene Formen des Wohnens, Entlastungspflege, Finanzierung häuslicher Pflege und Haushaltsdienste, Unterstützung von pflegenden Angehörigen, schnelles und personenzentriertes Fallmanagement für ältere Menschen, die pflegebedürftig werden
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	2011 gab es 27.000 Kundenkontakte, von denen 650 auf neue Kunden entfielen (keine Angaben zu Inanspruchnahme oder Nutzen des Angebots)
Wolf-Ostermann et al. (2012): WGQual - Forschungsbasierte Qualitätsentwicklung zur Stärkung von Lebensqualität und präventiven Potenzialen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen. Berlin	
Zielgruppe	Bewohnerinnen und Bewohner ambulant betreuter Wohngemeinschaften
Ziel	Entwicklung und Evaluation eines wissensbasierten Qualitätsentwicklungskonzepts für ambulant betreute Wohngemeinschaften mit dem Ziel der Wahrung und Verbesserung der Lebensqualität, Würde und Selbstständigkeit sowie der Prävention von gesundheitlichen Beeinträchtigungen
Intervention	U. a. regelmäßige Informations-/Beratungsangebote, regelmäßig sozialer Kontakt, Gruppenangebote, musiktherapeutische/physiotherapeutische Angebote
Assessment	Keine Angaben
Ergebnisse und Nutzen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Teilnahme an Gruppenaktivitäten war in der Interventionsgruppe leicht rückläufig, in der Kontrollgruppe dagegen zunehmend. 2. Die Inanspruchnahme von Logopädie, Ergotherapie und Musiktherapie stieg in der Interventionsgruppe. 3. Soziale Beziehungen waren gleichbleibend.
Schweizer und Kammerhoff (2013): Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. „Daheim aktiv“. Modell zur ständigen Aktivierung pflegebedürftiger Menschen in ihrem Zuhause. Saarbrücken	
Zielgruppe	Ambulant betreute pflegebedürftige Menschen
Ziel	Minderung der funktionellen Beeinträchtigungen, Verbesserung sozialer Teilhabe und Stabilisierung der häuslichen Versorgung

Intervention	Installierung eines „Aktivierungsteams“ bestehend aus geschulten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Pflegekräften zur Integration aktivierender Pflege in das Alltagshandeln der Pflegedienste sowie der Angehörigen und die Einführung eines „Aktivierungskomplexes“, dessen Ziel die Aktivierung durch verschiedene Professionen ist
Assessment	FIM (Funktionaler Selbstständigkeitsindex) Barthel-Index (Aktivitäten des täglichen Lebens), DemTect (Kognitive Funktionen), visuelle Schmerzskala (Schmerzen)
Ergebnisse und Nutzen	Keine signifikanten funktionellen Verbesserungen messbar, jedoch Erhaltung des funktionellen Zustands über 3 Jahre, Einschränkung: Fallzahl in Interventionsgruppe kleiner

Tab. 52: Setting: ambulante Versorgung in der Häuslichkeit

A3 Interviewleitfäden

Anhang

a) Interviewleitfaden Prävention und Gesundheitsförderung
MDK

1. Einstieg

Guten Tag Frau/Herr ...

erst einmal möchte ich mich bei Ihnen herzlich bedanken für Ihre Bereitschaft uns bei dem Projekt zu unterstützen. Und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben für ein Interview mit mir.

Mein Name ist ... und ich bin (Tätigkeitsbezeichnung). Im Rahmen des Projektes „Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potentialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege“, des IGES-Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbands führe ich Interviews durch. Ich möchte mich dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege insofern nähern, dass ich Interviews mit Expertinnen aus der Praxis führe, die eine Einschätzung zu den Möglichkeiten geben können, ob und wie die Lebensqualität Pflegebedürftiger mittels Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden kann. Anschließend werde ich diese Ergebnisse in den Bezug zur aktuellen Literatur setzen, um ein Gesamtbild zu erhalten. Ihr Interview stellt für uns die Möglichkeit dar, Informationen aus der Praxis zu sammeln, die uns in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema (womöglich) verborgen bleiben.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen, so dass Ihre Aussagen wahrheitsgemäß und möglichst genau in der Verschriftlichung wiedergegeben werden können. Einzelne Passagen werden eventuell in einem Abschlussbericht veröffentlicht, in einer absolut anonymisierten Form. Mich interessiert Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen, lediglich Ihre Eindrücke und Empfindungen, die Sie mir schildern möchten, sind für mich von Interesse.

Selbstverständlich werde ich das Interview ausschließlich anonymisiert und ohne die Möglichkeit auf Rückschlüsse auszugsweise verwenden. In diesem Zusammenhang möchte ich Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Teilnahme absolut freiwillig ist und Sie natürlich das Recht haben, zu jeder Zeit abzubrechen. Auch haben Sie die Möglichkeit die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Das Interview wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass auch kein Rückschluss auf Ihre Person über die Stimme erfolgen kann.

Wenn Sie im Vorfeld noch Fragen haben, können wir diese jetzt gerne klären.

Dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an ...

2. Interview

2.1 Kurze Vorstellung der Person, des Arbeitskontextes

- a) Ich würde Sie zu Beginn bitten, dass Sie Ihren beruflichen Werdegang einmal Revue passieren lassen und diesen mit Blick auf unsere Thematik (Erfahrungen mit pflegebedürftigen Personen im ambulanten Setting) kurz schildern.

2.2 Thematischer Einstieg

- a) Welchen Stellenwert haben Gesundheitsförderung und Prävention Ihrer Wahrnehmung nach in der ambulanten Pflege?
b) Welche Aufgabe kommt Ihnen in Ihrer Tätigkeit als MDK-Gutachterin im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung zu?

2.3 Themenbereiche

2.3.1 Gesundheitsförderliche Bedarfe und Potenziale für Prävention bei pflegebedürftigen Personen

- Gibt es Ihrer Ansicht nach bei pflegebedürftigen Personen Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung? (allgemein, unabhängig vom konkreten Einzelfall)?
- Welche Bedarfe im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung sind Ihrer Ansicht nach bei den von Ihnen begutachteten Personen vorhanden?
- Welche Bedeutung hat das Thema Gesundheitsförderung und Prävention, Ihrer Einschätzung nach, für die Pflegebedürftigen selbst bzw. deren Angehörige? Verfüg diese über ausreichend Informationen zu diesen Themen?
- Welchen Einfluss hat Ihre Tätigkeit auf die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit der Autonomie und Teilhabe bei den zu Begutachtenden im ambulanten Setting? (Wirkungsbereich MDK-Begutachtung)
- Welchen Einfluss auf die Prävention und Gesundheitsförderung haben pflegende Angehörige und weitere Rahmenbedingungen Ihrer Ansicht nach? Welche Möglichkeiten haben Sie, Angehörige einzubinden? (Einbeziehung pflegender An- und Zugehöriger)

2.3.2 Präventionsempfehlungen

- Die Kriterien für das Aussprechen einer Präventionsempfehlung sind klar definiert. Im Rahmen der Begutachtung treffen Sie mitunter auf Menschen mit mehreren funktionellen Einschränkungen. Wie gehen Sie bei Ihrer Entscheidung für oder gegen eine Präventionsempfehlung vor? (Hinweis: Gruppentauglichkeit, physische und psychische Eignung für die Teilnahme an regelmäßigen wöchentlichen Einheiten mit einer Dauer von 45-90 min oder Kompaktangeboten-Maßnahmen mit nur 2 Terminen, Handlungsfelder: Bewegung, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum)
- Wann kommt es für Sie in Betracht, eine Präventionsempfehlung auszusprechen? (Einschlusskriterien für Empfehlung)
- Welchen Entscheidungsspielraum haben Sie als Gutachter für oder gegen das Aussprechen einer oder mehrerer Präventionsempfehlungen? (Handlungsspielraum innerhalb der Vorgaben durch die Richtlinien und den Leitfadens Prävention)
- In welchen Fällen sprechen Sie mehrere Empfehlungen für Präventive Maßnahmen aus? (Hinweis: (1) Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung, (2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, (3) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen)
- Anhand welcher Kriterien entscheiden Sie sich für das Aussprechen von 2-3 Präventionsempfehlungen? Auf welchem Weg gelangen Sie zu Ihrer Entscheidung?
- Welchen Einfluss haben umweltbezogene Faktoren (wie das soziale Milieu, die Beziehung zwischen den pflegenden Angehörigen und dem Pflegebedürftigen, die Einstellungen der Pflegebedürftigen usw.) auf das Aussprechen Präventionsempfehlung?
- Welche der zu empfehlenden Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung halten Sie für sinnvoll und warum? (Persönliche Einschätzung der Effektivität der Interventionen)
- Welche Rolle spielt die Beratung zur verhaltensbezogenen Primärprävention in der Praxis?

2.3.3 Barrieren und Förderfaktoren

- Auf welche Herausforderungen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung im ambulanten Setting treffen Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit? (Herausforderungen, Barrieren)

- Welche Faktoren begünstigen Ihre Arbeit hinsichtlich der Einschätzungen zu Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen im häuslichen Setting? (Förderfaktoren)

2.4 Abschluss

- Was wünschen Sie sich in Bezug auf Ihre Tätigkeit?
- Was fehlte Ihnen? Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich für ihre Zeit und Offenheit bedanken.

- **Hinweis:** Falls noch nicht geschehen, Einwilligungserklärung unterschreiben lassen

b) Interviewleitfaden Prävention und Gesundheitsförderung Ambulante Vertreterinnen und Vertreter

1. Einstieg

Guten Tag Frau/Herr ...

erst einmal möchte ich mich bei Ihnen herzlich bedanken für Ihre Bereitschaft uns bei dem Projekt zu unterstützen. Und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben für ein Interview mit mir.

Mein Name ist ... und ich bin (Tätigkeitsbezeichnung). Im Rahmen des Projektes „Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potentialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege“ des IGES-Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbands führe ich Interviews durch. Ich möchte mich dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege insofern nähern, dass ich Interviews mit Menschen führe, die im ambulanten Setting tätig sind und eine Einschätzung zu den Möglichkeiten geben können, ob und wie die Lebensqualität Pflegebedürftiger mittels Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden kann. Anschließend werde ich diese Ergebnisse in den Bezug zur aktuellen Literatur setzen, um ein Gesamtbild zu erhalten. Ihr Interview stellt für uns die Möglichkeit dar, Informationen aus der Praxis zu sammeln, die uns in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema (womöglich) verborgen bleiben.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen, so dass Ihre Aussagen wahrheitsgemäß und möglichst genau in der Verschriftlichung wiedergegeben werden können. Einzelne Passagen werden eventuell in einem Abschlussbericht veröffentlicht in einer absolut anonymisierten Form. Mich interessiert Ihre persönliche Einschätzung. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten oder Aussagen, lediglich Ihre Eindrücke und Empfindungen, die Sie mir schildern möchten, sind für mich von Interesse.

Selbstverständlich werde ich das Interview ausschließlich anonymisiert und ohne die Möglichkeit auf Rückschlüsse auszugsweise verwenden. In diesem Zusammenhang möchte ich Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Teilnahme absolut freiwillig ist und Sie natürlich das Recht haben, zu jeder Zeit abzubrechen. Auch haben Sie die Möglichkeit die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Das Interview wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass auch kein Rückschluss auf Ihre Person über die Stimme erfolgen kann.

Wenn Sie im Vorfeld noch Fragen haben, können wir diese jetzt gerne klären. Dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an ...

2. Interview

2.1 Kurze Vorstellung der Person des Arbeitskontextes

- a) Ich würde Sie zu Beginn bitten, dass Sie Ihren beruflichen Werdegang einmal Revue passieren lassen und diesen kurz schildern.

2.2 Thematischer Einstieg

- a) Welche Aufgabe kommt Ihnen in Ihrer Tätigkeit in der ambulanten Pflege/Tagespflege zu?
- b) Was verstehen Sie unter „Gesundheitsförderung und Prävention“? Welchen Stellenwert haben diese Themen Ihrer Wahrnehmung nach in der ambulanten Pflege/Tagespflege?

2.3 Themenbereiche

2.3.1 Gesundheitsförderliche Bedarfe und Potenziale für Prävention bei pflegebedürftigen Personen

- Gibt es Ihrer Ansicht nach bei pflegebedürftigen Personen noch Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung? Falls ja, was kann man konkret bewirken (allgemein, unabhängig vom konkreten Einzelfall)?
- Welche Bedeutung hat das Thema Gesundheit und Prävention Ihrer Ansicht nach für die Pflegebedürftigen bzw. die Angehörigen? Verfügen sie über ausreichend Informationen zu diesen Themen?
- Welchen Einfluss hat ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich Tagespflegesetting auf die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit, der Autonomie und Teilhabe bei Ihren Klienten? (Wirkungsbereich ambulante Pflege)
- Welchen Einfluss auf die Prävention und Gesundheitsförderung haben pflegende Angehörige und weitere Rahmenbedingungen? Welche Möglichkeiten haben Sie, Angehörige in Ihre Maßnahmen einzubinden? (Einbeziehung pflegender An- und Zugehöriger)

2.3.2 Zielgruppen

- Welche Klienten profitieren Ihrer Meinung nach besonders von Gesundheitsförderung und Prävention? (Voraussetzungen und Einschlusskriterien) (Hinweis: Alter, Erkrankung, Versorgungssetting, funktionale Einschränkung, Geschlecht, Mobilität, kognitive Voraussetzungen)
- Bei welchen Klienten sind die Potenziale eher gering? (Ausschlusskriterien)

2.3.3 Interventionen/Instrumente/Organisation

- Welche (therapeutischen) Maßnahmen nutzen Sie im Kontext Ihrer Tätigkeit? (allgemein, ohne Bezug zur Prävention)
- Welche präventiven Maßnahmen nutzen Sie in Ihrer beruflichen Praxis? (Maßnahmen der Prävention)
- Welche Instrumente wenden Sie an und warum? (Anwendung von Assessments)
- Welche Instrumente nutzen Sie nicht und warum? (Ausschluss von Instrumenten:)
- Was zeichnet Ihre Tätigkeit besonders aus? (Alleinstellungsmerkmale)

2.3.4 Ergebnisse

- Anhand welcher Parameter können Sie die Erfolge ihrer Arbeit messen? (Messbarkeit der Erfolge)
- Wie fließen die Ergebnisse Ihrer therapeutischen Tätigkeit in die zukünftige Versorgung ein? (Evaluation der Erfolge)
- Welchen Nutzen zieht Ihre Organisation aus Ihrer Tätigkeit? (Outcome, Evaluation, Verstetigung)

2.3.5 Barrieren und Förderfaktoren

- Auf welche Herausforderungen treffen Sie im Rahmen ihrer Tätigkeit? (Herausforderungen, Barrieren)
- Welche Faktoren begünstigen Ihre Arbeit? (Förderfaktoren)

2.4 Abschluss

- Was wünschen Sie sich in Bezug auf Ihre Tätigkeit?
- Was fehlte Ihnen? Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich für ihre Zeit und Offenheit bedanken.

- **Hinweis:** Falls noch nicht geschehen, Einwilligungserklärung unterschreiben lassen

A4 Codierschemata

Anhang

Kategorie	Subkategorie	Codierregel
1	Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention	Verständnis von Prävention bei den Interviewten
2	Zielgruppen	Merkmale, personen- und umweltbezogene Faktoren
3	Assessments	Nennung von Instrumenten, Nutzen von Instrumenten im Alltag, Ablehnung von Instrumenten, Risikofassung, Ressourcenerfassung, übergeordnete Vorgaben zur Nutzung, Anforderungen an Instrumente
4	Interventionen	
	Setting ambulante Pflege	Voraussetzung für Interventionen im ambulanten Setting, spezielle Angebote aufgrund des Settings
	Setting Tagespflege	Voraussetzung für Interventionen im Setting Tagespflege, spezielle Angebote aufgrund des Settings
	Handlungsfelder	Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, Bereiche der Interventionen (Mobilität, soziale Teilhabe, Kognition ...)
	Einbeziehung Dritter	Einbindung von weiteren Professionen in die Maßnahmenplanung, wie Angehörige, Hausärzte, Therapeuten ...)
5	Potenziale und Förderfaktoren	
	Setting ambulante Pflege	Vorteile durch das Setting, besondere Angebote, settingbezogene Maßnahmen, Finanzierung, Evaluation, personelle Strukturen, Rahmenbedingungen
	Setting Tagespflege	Vorteile durch das Setting, besondere Angebote, settingbezogene Maßnahmen, Finanzierung, Evaluation, Personelle Strukturen, Rahmenbedingungen
	personenbezogen	Offenheit für Prävention, Bereitschaft zur aktiven Teilnahme, passive Prävention, fördernde Faktoren für die Teilnahme an Präventionsprogrammen, Pflegegradbezug, Kommunikation, Partizipation
	umweltbezogen	Motivation durch Angehörige oder Hausärztin bzw. Hausarzt, barrierearme Wohnung, Unterstützung durch Angehörige, strukturelle Hilfen (Hilfsmittel, Anpassung Wohnraum), Gesundheitsförderung und Prävention durch Angehörige

Kategorie	Subkategorie	Codierregel	
6	Herausforderungen und Barrieren	Setting ambulante Pflege	Ressourcen, personelle Strukturen, Finanzierbarkeit, strukturelle Rahmenbedingungen, Umgang mit Hindernissen
		Setting Tagespflege	Ressourcen, personelle Strukturen, Finanzierbarkeit, strukturelle Rahmenbedingungen, Umgang mit Hindernissen, Grenzen der Inanspruchnahme
		personenbezogen	Defizitorientierte Sichtweise, fehlende Teilhabe, Informationsdefizite, Pflegegradbezug, Haltung, Erkrankungen/Einschränkungen
		umweltbezogen	Finanzielle Bedingungen, Angehörige, weitere Akteure (Ärztin/Arzt, therapeutisches Personal)
7	Wünsche		Ohne Einschränkung; struktureller, organisatorischer, gesellschaftlicher Art

Tab. 53: Codierschema Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflege

Kategorie	Subkategorie	Codierregel	
1	Zielgruppen	Merkmale, personen- und umweltbezogene Faktoren	
2	Gesundheitsförderung und Prävention	Verständnis von Prävention	Bei den Gutachterinnen und Gutachtern sowie den pflegebedürftigen Personen und Angehörigen, Umfang, Bezug zum Alter
		Präventionsgesetz	Benennung des Begriffs, Zusammenhang mit Prävention in der Praxis, Blick auf Prävention, Veränderungen und Auswirkungen durch das Gesetz auf die Begutachtung
3	Präventionsempfehlungen	Anzahl	Personengruppen mit mehreren Empfehlungen, Art der Empfehlung, Häufigkeit oder Seltenheit
		Entscheidungsfindung	Abwägung bei den Gutachterinnen und Gutachtern, Empfehlungen auszusprechen; Entscheidungsspielräume der Gutachterinnen und Gutachter
		Kriterien	Vorgaben und Richtlinien, Algorithmen, die herangezogen werden, um zu entscheiden
		Aufgaben der Gutachterin/des Gutachters	Beratung/Information, Motivation/Anregung für Prävention, Ansprechen von Präventionsempfehlungen, Einbindung von Dritten
		Art der Empfehlung	Mobilität, Ernährung, Sucht, Stressbewältigung, Teilhabe, Edukation, Kognition, Mundhygiene (stationär)
		Rücklauf/Feedback der Empfehlung	Rückkopplung zur Gutachterin/zum Gutachter, Evaluationsmöglichkeiten der Präventionsempfehlungen, Herausforderungen

Kategorie	Subkategorie	Codierregel	
4	Potenziale und Förderfaktoren	personenbezogen	Offenheit für Prävention, Bereitschaft zur aktiven Teilnahme, passive Prävention, fördernde Faktoren für die Teilnahme an Präventionsprogrammen, Pflegegradbezug, Kommunikation, Partizipation
		umweltbezogen	Motivation durch Angehörige oder Hausärztin bzw. -arzt, barrierearme Wohnung, Unterstützung durch Angehörige, infrastrukturelle Potenziale
		begutachtungsbezogen	Vorteile durch Begutachtung, Kenntnisse der Gutachterin/des Gutachters, Handlungsmöglichkeiten der Gutachterin/des Gutachters, Auswirkung auf die zu Begutachtenden und deren Umfeld
5	Herausforderungen und Barrieren	personenbezogen	Ablehnende Haltung, körperliche Einschränkungen, fehlende Belastbarkeit, mangelnde Compliance, Unwissenheit, soziale Scheu, Pflegegradbezug, wenig Initiative, fehlende/geringe Gesundheitskompetenz, fehlende/mangelnde Reflexionsfähigkeit, fehlende Übernahme von Verantwortung, Fokus auf Leistungsbewilligung, Ablehnung von Hilfsmitteln, niedriger Sozialstatus
		umweltbezogen	Wenig ausgebaute Versorgungsstrukturen, wenig ausgebaute Infrastruktur, Unterlassung/Ablehnung von Maßnahmen durch Dritte, Abhängigkeit von Dritten in der Versorgung, sozialer Rückzug, alleinlebende Menschen
		begutachtungsbezogen	Mangelnde Zeitkapazitäten, fehlendes Wissen, Ursachen für fehlendes Ansprechen von Präventionsempfehlungen, enger Handlungsrahmen, Einfluss auf die Durchführung der empfohlenen Maßnahmen
6	Wünsche		Ohne Einschränkung; struktureller, organisatorischer, gesellschaftlicher Art

Tab. 54: Codierschema MDK

Mit der vorliegenden Studie wird eine Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege präsentiert. Die Studie zeigt auf, dass Potenziale für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit und Lebensqualität zu stabilisieren bzw. zu verbessern, grundsätzlich bei allen Pflegebedürftigen bis ins hohe Alter vorhanden sind. Die Autorinnen und der Autor stellen Ansatzpunkte und konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der ambulanten pflegerischen Versorgung vor. Ferner erarbeiten sie Lösungsvorschläge, die dazu beitragen sollen, Präventionspotenziale zukünftig besser auszuschöpfen.