



FH MÜNSTER  
University of Applied Sciences

**prognos**  
Wir geben Orientierung.

Endbericht

---

# Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI

---

von Prognos und der FH Münster



Endbericht

---

# Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI

---

von Prognos und der FH Münster

**Von**

Janko Vollmer  
Nina Altmann  
Gwendolyn Huschik  
Carsten Maday  
Prof. Dr. Annett Horn  
Dr. Eva Jansen

**Im Auftrag des**  
GKV-Spitzenverbands

**Abschlussdatum**

August 2022

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	V	
Abbildungsverzeichnis	VI	
Abkürzungsverzeichnis	IX	
<b>1</b>	<b>Gesamtfazit der Evaluation</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Evaluationsauftrag und -konzept</b>	<b>4</b>
2.1	Evaluationsauftrag und Hintergrund	4
2.2	Evaluationskonzept: Module und Methoden	6
2.2.1	Modul 0: Evaluationskonzept und Instrumentenentwicklung	6
2.2.2	Modul 1: Stand der Forschung: Literaturanalyse und Expertise zu Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	7
2.2.3	Modul 2: Bestandsaufnahme und Bewertung der Maßnahmen und Projektaktivitäten der Pflegekassen	13
2.2.4	Modul 3: Untersuchung der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung	14
2.2.5	Modul 4: Entwicklung und Abstimmung von Hinweisen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Präventionsleitfadens	16
2.3	Aufbau des Berichts	16
<b>3</b>	<b>Aktueller Forschungsstand zu den Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen</b>	<b>18</b>
3.1	Körperliche Aktivität	18
3.2	Prävention von Gewalt	22
3.3	Kognitive Ressourcen	28
3.4	Psychosoziale Gesundheit	30
3.5	Ernährung	32
3.6	Kombinierte Maßnahmen (aus den Handlungsfeldern körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen und Förderung psychosozialer Gesundheit)	34
3.7	Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen	36

<b>4</b>	<b>Umgang der Pflegekassen mit dem gesetzlichen Präventionsauftrag und Beteiligung weiterer Akteursgruppen</b>	<b>38</b>
4.1	Aktivitäten und übergreifende Strategien der Pflegekassen	38
4.2	Kooperationen und Aufgabenschwerpunkte der beteiligten Akteure	39
<b>5</b>	<b>Information und Beratung zur Sensibilisierung und Motivierung der Pflegeeinrichtungen</b>	<b>45</b>
5.1	Informations- und Beratungsangebote als Zugangswege	45
5.2	Sensibilisierung und Motivierung der Pflegeeinrichtungen	49
<b>6</b>	<b>Inhaltliche Ausrichtung der Präventionskonzepte nach § 5 SGB XI</b>	<b>55</b>
6.1	Übersicht und zentrale Merkmale der Präventionskonzepte	55
6.2	Ziele, Konzeptinhalte, Handlungsfelder und Zielgruppen der Präventionskonzepte	56
6.3	Maßnahmen und Wirksamkeitsbelege der Präventionskonzepte	60
<b>7</b>	<b>Rahmenbedingungen der Umsetzung präventiver Angebote</b>	<b>65</b>
7.1	Umsetzungs- und Ausschlusskriterien des Präventionsleitfadens	65
7.2	Adressierung der Präventionsziele inkl. der Handlungsfelder	69
7.3	Rahmenbedingungen für die Verbreitung, Umsetzung und dauerhafte Implementierung präventiver Angebote in den Pflegeeinrichtungen	75
7.4	Partizipation der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiter:innen in Pflegeeinrichtungen	83
7.5	Digitale Formate und Anwendungen	87
7.6	Verknüpfung präventiver Angeboten nach § 5 SGB XI mit Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung nach 20b SGB V	91
7.7	Evaluation und Qualitätssicherung der präventiven Angebote	93
<b>8</b>	<b>Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und des Präventionsleitfadens</b>	<b>98</b>
	Literatur- und Quellenverzeichnis	109
	Anhang	XI

---

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1: Suchstrategie in Datenbanken	8
Tabelle 2: Gefundene Publikationen nach Literaturarten	10
Tabelle 3: Anzahl präventiver Konzepte pro Pflegekasse	56
Tabelle 4: Übersicht über die wesentlichen Evaluationsergebnisse, Vorschläge der Akteur:innen und Empfehlungen des Evaluationsteams zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI	99

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1:	Übersicht der Evaluationsmodule und -methoden	6
Abbildung 2:	Filterprozess bei der Literaturanalyse	9
Abbildung 3:	Gefundene Publikationen nach Themen (n=59)	11
Abbildung 4:	Aktivität der Pflegekassen im Bereich präventiver Leistungen nach § 5 SGB XI	38
Abbildung 5:	Kooperation der Pflegekassen im Rahmen ihrer Angebote von präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI	39
Abbildung 6:	Kooperationen der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Umsetzung von präventiven Maßnahmen nach § 5 SGB XI	40
Abbildung 7:	Aufgabenbereiche externer Dienstleister im Rahmen der Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI	41
Abbildung 8:	Aufgabenbereiche von Forschungseinrichtungen im Rahmen der Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI	42
Abbildung 9:	Bewertung der Kooperationen im Rahmen der Umsetzung von präventiven Maßnahmen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegeeinrichtungen	43
Abbildung 10:	Bewertung von Zugangswegen für Pflegeeinrichtungen zu Leistungen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegekassen	46
Abbildung 11:	Genutzte Informations- und Beratungsangebote der Pflegekassen im Vorfeld der Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI	47
Abbildung 12:	Zugangswegen der Pflegeeinrichtungen zu den Präventionsleistungen bzw. Angeboten der Pflegekassen	48
Abbildung 13:	Beschäftigung mit Möglichkeiten für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen	50
Abbildung 14:	Von der Finanzierung durch eine Pflegekasse unabhängige Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen	50
Abbildung 15:	Bewertung der Sensibilisierung und Motivierung der Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen	51
Abbildung 16:	Sensibilisierung und Motivation von Pflegeeinrichtungen nach Größe der Pflegekassen	52

Abbildung 17: Herausforderungen bei der Motivation von Pflegeeinrichtungen zur Inanspruchnahme von präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegekassen	53
Abbildung 18: Ziele bzw. Handlungsfelder der Konzepte	57
Abbildung 19: Zielgruppen der präventiven Angebote	59
Abbildung 20: Maßnahmen im Sinne des Setting-Ansatzes in Konzepten	61
Abbildung 21: Maßnahmen im Sinne des Setting-Ansatzes in unterschiedlichen Konzeptarten	62
Abbildung 22: Vorliegen von Wirksamkeitsbelegen für Konzepte nach Art der Projekte	63
Abbildung 23: Erfüllbarkeit der im Präventionsleitfaden vorgegebenen Umsetzungskriterien aus Perspektive der Pflegekassen	66
Abbildung 24: Anpassungsbedarfe von Konzepten im Hinblick auf deren Leitfadenskonformität	67
Abbildung 25: Ablehnung von Förderanträgen aufgrund der Ausschlusskriterien für präventive Leistungen nach § 5 SGB XI	68
Abbildung 26: Erreichbarkeit der im Präventionsleitfaden vorgegebenen Präventionsziele aus Perspektive der Pflegekassen	70
Abbildung 27: Erreichbarkeit der im Präventionsleitfaden vorgegebenen Präventionsziele nach Größe der Pflegekassen	71
Abbildung 28: Bereiche, in welchen die Pflegekassen präventive Angebote umsetzen	72
Abbildung 29: Zukünftige Zielbereiche der Pflegekassen	73
Abbildung 30: Anteil der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, die präventive Angebote in den einzelnen Handlungsfeldern vorhalten	74
Abbildung 31: Bewertung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegekassen	76
Abbildung 32: Bewertung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen	78
Abbildung 33: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Konzeption präventiver Angebote	79
Abbildung 34: Konzeptionelle Anpassungen präventiver Angebote infolge der Covid-19-Pandemie	79
Abbildung 35: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Entwicklung bzw. Umsetzung präventiver Angebote nach § 5 SGB XI	80

Abbildung 36: Bewertung von Instrumenten zur Bedarfsanalyse in den Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Pflegekassen	85
Abbildung 37: Nutzung digitaler Formate	87
Abbildung 38: Nutzung digitaler Formate/Anwendungen im Rahmen von präventiven Angeboten nach § 5 SGB XI aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen	88
Abbildung 39: Arten der genutzten digitalen Formate/Anwendungen aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen	89
Abbildung 40: Adressatengruppen der genutzten digitalen Formate/Anwendungen aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen	90
Abbildung 41: Verknüpfung präventiver Angebote § 5 SGB XI mit Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung § 20b SGB V	91
Abbildung 42: Bewertung von Instrumenten zur Evaluation präventiver Angebote	94
Abbildung 43: Bewertung von Instrumenten zur Evaluation präventiver Angebote nach Größe der Pflegekassen	95



---

## Abkürzungsverzeichnis

---

BBS	Berg Balance Scale
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
CCT	controlled clinical trial
cRCT	cluster-randomized controlled trial
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DeTaMAKS	Demenz-Tagespflege-MAKS
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ETAM	Erlangen Test of Activities of Daily Living in Persons with Mild Dementia or Mild Cognitive Impairment
FEM	freiheitsentziehende Maßnahmen
FH	Fachhochschule
GDS	Geriatric Depression Scale
GF	Gesundheitsförderung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HHS	Heidelberger Health Score
LBV	Landesbund für Vogelschutz
LMB	Lübecker Modell Bewegungswelten
LSI-A	Life Satisfaction Index-A
LVG & AfS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
LZV	Langzeitversorgung
MAKS	motorische, alltagspraktische, kognitive und soziale Aktivierung
Max	Maximum
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (seit 2022 Medizinischer Dienst Bund)
Min	Minimum
MMST	Mini-Mental Status Test
MoCa	Montreal Cognitive Assessment
NPK	Nationale Präventionskonferenz
ORBIT	Organisation der Rehabilitation für Bewohner im Pflegeheim zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Teilhabe
PAF	Pflegebedürftige aktiv fördern
PEBKO	Prävention in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung
PEKo	partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen
POLKA	Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation von körperlicher Aktivität
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)
QoL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale
QualiPEP	Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege

RCT	randomized controlled trial
ROBIS	Risk of bias (Instrument zu Fehlerrisiken in systematischen Reviews)
SGB	Sozialgesetzbuch
SPPB	Short Physical Performance Battery
WG	Wohngemeinschaft
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

## 1 Gesamtfazit der Evaluation

Insgesamt zeigt die Evaluation, dass die Pflegekassen(verbände) ihren Präventionsauftrag in stationären Pflegeeinrichtungen umfassend wahrnehmen. Seit Einführung des Präventionsgesetzes 2015 hat sich – wie in § 5 Abs. 3 Satz 1 SGB XI sowie im Präventionsleitfaden (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 11) vorgesehen – ein vielfältiges Kooperationsgeschehen unter den Kassen(arten), mit Dienstleistern sowie teilweise auch Forschungseinrichtungen und Träger(verbände)n der Pflegeeinrichtungen entwickelt.

Die Wichtigkeit der im Präventionsleitfaden formulierten Handlungsfelder (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 14 ff.) für die Versorgung pflegebedürftiger Personen in Pflegeeinrichtungen wurde bestätigt. Die Literaturrecherche zeigt, dass das Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen in den vergangenen Jahren intensiver beforscht und um differenziertere Erkenntnisse bereichert wurde. So zeigt sich etwa, dass kombinierte Maßnahmen zu mehreren Handlungsfeldern fokussiert werden sollten, um gesundheitsfördernde Effekte bei den pflegebedürftigen Personen zu erzielen. Um die präventiven Angebote nach § 5 SGB XI auch in Zukunft am aktuellen Stand der Forschung ausrichten zu können, sollten die Handlungsfelder regelmäßig geprüft und bei Bedarf weiterentwickelt werden.

Die Evaluation verdeutlicht, dass die Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI eine ganzheitliche Betrachtung des Settings Pflegeeinrichtung ermöglicht. Die Einführung des § 5 SGB XI und der Präventionsleitfaden haben umfassende Aktivitäten der Pflegekassen und der weiteren beteiligten Akteursgruppen befördert, sodass vielfältige Angebote entwickelt und umgesetzt wurden. Auch die bisherige Information und Beratung durch die Pflegekassen bietet vielfältige Zugangswege und wird durch die befragten Pflegeeinrichtungen größtenteils positiv bewertet. Daneben besteht seitens der Pflegeeinrichtungen grundsätzliche Kooperationsbereitschaft und ein Interesse an der dauerhaften Umsetzung präventiver Angebote, denn durch Gesundheitsförderung und Prävention kann das Ziel erreicht werden, dass pflegebedürftige Menschen ihren Gesundheitszustand länger erhalten und Mitarbeiter:innen gesund bleiben.

Demgegenüber teilten viele Beteiligte in Interviews und Workshops die Ansicht, dass der Grad der Informiertheit über Optionen von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Pflegeeinrichtung teilweise gering ist. Personalmangel und Personalfluktuation stellen aus Sicht aller befragten Akteursgruppen eine weitere Hürde für die Verbreitung und Verstetigung von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen dar. Diese und weitere zentrale Herausforderungen erfordern eine systematische, ganzheitliche Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der präventiven Leistungen:

- Information und Aufklärung über den Nutzen und die möglichen Effekte von Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Fördermöglichkeiten für Pflegeeinrichtungen: Empfohlen wird eine bundesweite Informations- und Aufklärungsstrategie für

Pflegeeinrichtungen zu den Leistungen nach § 5 SGB XI. Diese Strategie sollte idealerweise unter Beteiligung von Pflegekassen(verbänden), Einrichtungsträger(verbände)n, Forschenden und auch Pflegebedürftigen bzw. deren Interessenvertretungen erarbeitet und umgesetzt werden.

- Verbreitung eines Pflegeverständnisses, das grundsätzlich auch Prävention und Gesundheitsförderung umfasst – trotz hohen Alters, hoher gesundheitlicher Einbußen und bereits bestehender Pflegebedürftigkeit: Empfohlen wird, akteursübergreifend Möglichkeiten zu nutzen, um den Präventionsgedanken im Setting Pflegeeinrichtung zu unterstützen, denn das Engagement und die Unterstützung des Präventionsgedankens durch die Leitungen und Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen sind entscheidende Faktoren für nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention.
- Verbreitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Praxis: Empfohlen wird eine engere Vernetzung zwischen denjenigen, die Konzepte entwickeln, und denen, die die praktische Implementierung verantworten. Anbieten würde sich eine digitale Plattform für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen mit bereits erfolgreich getesteten Konzepten zu den Handlungsfeldern des Präventionsleitfadens; inklusive dem jeweiligen Entwicklungs- und Umsetzungsgrad sowie Optionen zur Weiterentwicklung und Übertragbarkeit von Konzepten für die heterogene Bewohnerschaft der Einrichtungen.
- Evidenzbasierung der präventiven Angebote: Empfohlen wird, unter Einbezug aller relevanten Akteursgruppen, der Aufbau von Strukturen und die Einplanung angemessener Ressourcen, die langfristig dazu beitragen, Evaluations- und Qualitätssicherungsaufgaben im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu konzeptualisieren und zu implementieren. Dies stellt unter anderem Anforderungen an die ausreichende Verbreitung einzelner präventiver Angebote (wegen Mindestfallzahlen bei der Wirkungsanalyse), an eine konzeptgetreue Umsetzung in der Praxis sowie an die Einplanung von Evaluations- und Qualitätssicherungsaufgaben in den Konzepten inklusive der damit verbundenen Ressourcen der beteiligten Akteure.
- Pflegebedürftige Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, mit präventiven Angeboten erreichen: Empfohlen wird bei der Entwicklung, Erprobung und Implementation von Konzepten, die Zielgruppe zukünftig differenzierter zu betrachten und ihre Heterogenität stärker zu berücksichtigen.
- Konsequente Orientierung am Setting-Ansatz: Empfohlen werden sowohl die Stärkung von Umsetzungskonzepten für verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. Steuerungsgremien) als auch weitere Investitionen in die Entwicklung von Konzepten, die gesundheitsfördernde Maßnahmen für Mitarbeiter:innen und Pflegebedürftige kombinieren.
- Partizipation und soziale Teilhabe als wichtige Merkmale der Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen stärken: Für die künftige Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher präventiver Angebote wird empfohlen, alle Adressatengruppen stärker einzubinden. Dies gilt auch für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Beispielhaft werden hierzu bereits geeignete Vorgehensweisen und Formate umgesetzt, deren Bekanntheit gesteigert werden sollte.
- Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen im Anschluss an die Förderung nach § 5 SGB XI stärken: Besonders

die kontinuierliche Verfügbarkeit von Personalressourcen in den Pflegeeinrichtungen muss sichergestellt werden, um eine langfristige und eigenständige Implementierung präventiver Maßnahmen zu ermöglichen. Die Einplanung ausreichender Personalressourcen darf dabei nicht auf die Förderung nach § 5 SGB XI verengt werden, sondern die generelle Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen ist hierbei in den Blick zu nehmen. Die Pflegeeinrichtungen und ihre Träger(verbände) sowie die Pflegekassen(verbände) sollten gemeinsam erprobte Lösungen identifizieren oder gegebenenfalls neu entwickeln, um ausreichende Personalkapazitäten für diesen wichtigen Aufgabenbereich sicherzustellen.

Die Zusammenarbeit bei der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation präventiver Leistungen sollte vor allem auch unter enger Einbeziehung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Interessenvertretungen intensiviert werden. Ein gemeinsames Vorgehen aller Akteursgruppen könnte nach Einschätzung des Evaluationsteams entscheidende Fortschritte für eine Intensivierung der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen bringen und zum Erhalt oder der Verbesserung der Gesundheit sowie der Lebens- und Arbeitsqualität in diesem Setting beitragen.

## 2 Evaluationsauftrag und -konzept

---

### 2.1 Evaluationsauftrag und Hintergrund

In Reaktion auf die Entwicklung und Verbreitung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) und dem 2015 neu formulierten § 5 SGB XI wurde für die Lebenswelt „Pflegeheim“ der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ (GKV-Spitzenverband, 2021)<sup>1</sup> entwickelt. Dieser wurde 2016 durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt und regelmäßig aktualisiert – zuletzt im Jahr 2020. Er gibt den Pflegekassen den Handlungsrahmen für die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext von fünf Handlungsfeldern (Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt) vor. Der Präventionsleitfaden definiert zudem die Kriterien für die Leistungen, insbesondere mit Blick auf Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftliche Evaluation und Erfolgsmessung der mit den Leistungen verfolgten Präventionsziele. Gleichzeitig bietet er Pflegeeinrichtungen Orientierung bei der Auswahl, Umsetzung und Verstetigung präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote.

Darüber hinaus wird im Präventionsleitfaden empfohlen, die Methode des Organisationsentwicklungsansatzes (Vorbereitungs- und Umsetzungsphase) zu nutzen, um Herausforderungen, die in der Lebenswelt „stationäre Pflegeeinrichtung“ bestehen, systematisch und auf konzeptionellen Überlegungen basierend anzugehen. Diese Herausforderungen bestehen unter anderem darin, dass

- der Großteil (71,5 Prozent) der pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen 80 Jahre und älter sind (Destatis, 2020),
- mit hohem Alter das Risiko verbunden ist, pflegebedürftig zu werden, und der Anteil pflegebedürftiger Personen unter den über 90-jährigen Personen am höchsten ist (76 Prozent) (ebd.),
- für die Zukunft laut Expert:innenmeinungen zu erwarten ist, dass aufgrund des demografischen Wandels der Anteil der Bevölkerung, der in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt wird, tendenziell steigen wird (Robert Koch Institut, 2015),
- pflegebedürftige Menschen aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf Hilfe bei Aktivitäten im Alltag, bei der Gestaltung von Lebensbereichen und bei sozialer Teilhabe angewiesen sind (Rothgang & Müller, 2021) sowie
- Pflegeeinrichtungen seit Jahren mit Fachkräfte- und Personalmangel zu kämpfen haben und es ihnen schwerfällt, mit denen durch das PräVG an sie herangetragenen Veränderungen Schritt zu halten (Horn et al., 2019).

Dennoch zeigen Befunde, dass beeinträchtigte, multimorbide und pflegebedürftige Menschen über Gesundheitspotenziale verfügen, die gefördert werden können (Kleina et al., 2012). Zudem ist die fokussierte Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen von stationären Pflegeeinrichtungen ein wichtiger Einflussfaktor im Hinblick auf ihr Wohlbefinden (Blüher & Kuhlmei, 2019). Auch die Selbstgestaltung der Maßnahmen bzw. Beteiligung bei der Entwicklung

<sup>1</sup> Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit die Kurzform „Präventionsleitfaden“ genutzt.

von Maßnahmen durch (potenziell) teilnehmende Pflegebedürftige gelten als zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von Interventionen (Fleischmann et al., 2019).

Seit der Einführung des PräVG wurden daher auch zahlreiche Programme und Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung von den Pflegekassen entwickelt und getestet. Damit verbunden war unter anderem auch die Weiterentwicklung des Verständnisses darüber, welche Angebote bei der Zielgruppe der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen im Kontext der verschiedenen Handlungsfelder gesundheitsfördernd wirken können (Horn et al., 2019).

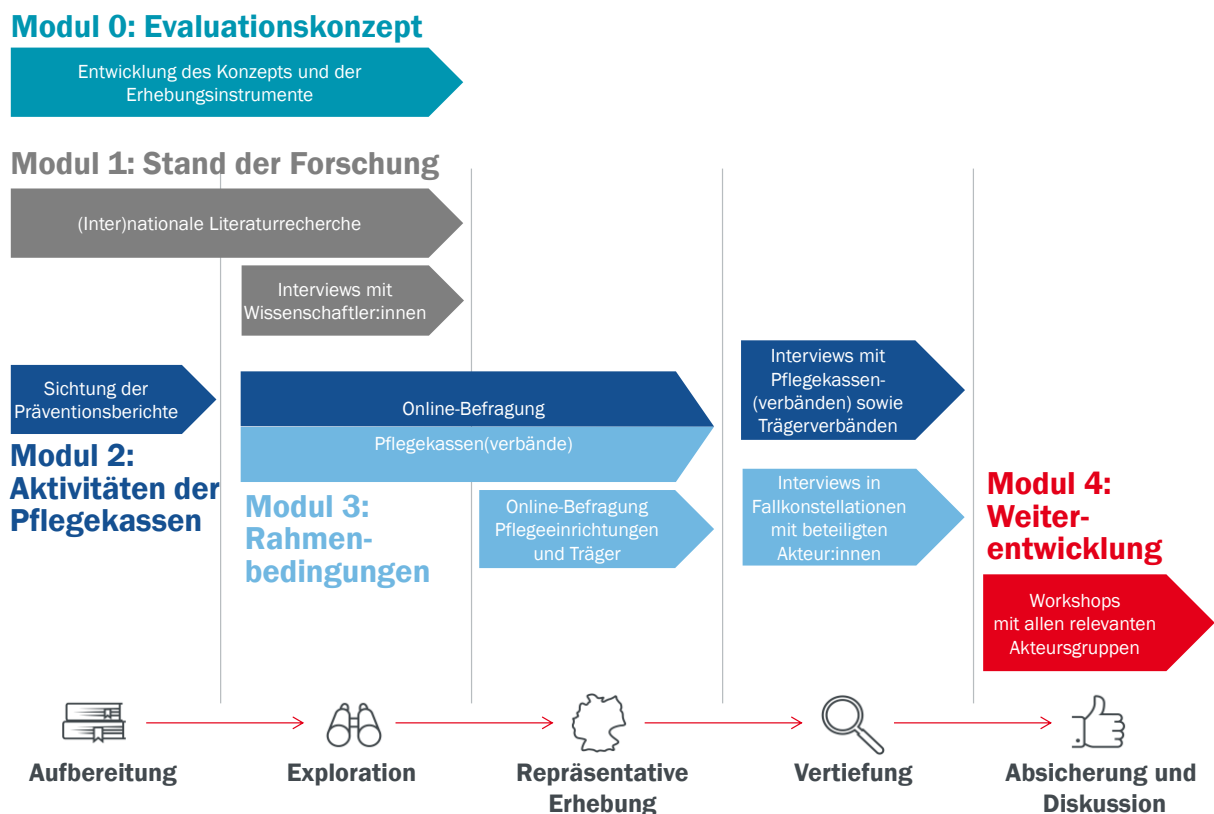
Seit 2017 berichten die Pflegekassen zudem im Rahmen der jährlichen Präventionsberichte des GKV-Spitzenverbands über ihre Aktivitäten zur Erfüllung des Präventionsauftrags in stationären Pflegeeinrichtungen. Die vorliegende „Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI“ fand im Auftrag des GKV-Spitzenverbands statt. Solche Evaluationen sind gemäß Präventionsleitfaden in regelmäßigen Abständen vorgesehen (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 21). Diese Evaluation soll einen Beitrag dazu leisten, den aktuellen Umsetzungsstand des gesetzlichen Präventionsauftrags in Bezug auf die Vorgaben nach § 5 SGB XI über die in den GKV-Präventionsberichten dargestellten Ergebnisse hinaus aufzuzeigen. Die Evaluation umfasst vier zentrale Aufträge:

- 1.** Die Aufbereitung aktueller Erkenntnisse zu Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (Literaturanalyse),
- 2.** eine Bestandsaufnahme der Maßnahmen und Projektaktivitäten der Pflegekassen und deren Bewertung durch die Pflegekassen,
- 3.** die Untersuchung der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung sowie
- 4.** die Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der Leistungsumsetzung und des Präventionsleitfadens unter Beteiligung aller relevanten Akteursgruppen (Pflegekassen(verbände), Pflegeeinrichtungen und deren Trägerverbände, Interessenvertretungen von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sowie Wissenschaftler:innen).

## 2.2 Evaluationskonzept: Module und Methoden

Das Evaluationsdesign orientiert sich systematisch an den vier zentralen Evaluationsaufträgen. Jedem Auftrag ist ein eigenes Modul gewidmet (Module 1–4). Den vier Modulen vorangestellt wurde mit dem Modul 0 die Entwicklung des Evaluationskonzeptes und der Erhebungsinstrumente. Zusätzlich wurde das Evaluationskonzept eingangs in Modul 0 entwickelt. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Module der Evaluation, deren Zusammenspiel und den Methodenmix. In jedem Modul wurden unterschiedliche Instrumente verwendet, um die verschiedenen Aspekte der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI zielgerichtet zu untersuchen. Die Instrumente erfüllen dabei unterschiedliche Funktionen, von der Wissensaufbereitung, über die Exploration des Feldes und der repräsentativen Erhebung bis hin zur vertieften Analyse und der Absicherung und Diskussion der Befunde. Die Ziele der Module und Instrumente werden im Folgenden genauer beschrieben.

Abbildung 1: Übersicht der Evaluationsmodule und -methoden



Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2022

### 2.2.1 Modul 0: Evaluationskonzept und Instrumentenentwicklung

Das Evaluationskonzept sowie die Instrumente Literaturrecherche und Online-Befragungen wurden zu Beginn der Evaluation entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Die Grundlagen für die Instrumentenentwicklung werden in den folgenden Abschnitten beschrieben. Die Instrumente wurden Pretests unterzogen. Maximen für die Vorbereitung und Durchführung waren dabei:



- eine angemessene Untersuchung der wissenschaftlichen Grundlagen und stattfindenden Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zur Entwicklung von Hinweisen bzw. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI und des Präventionsleitfadens,
- die Berücksichtigung der besonderen Rahmenbedingungen und Situation in stationären Pflegeeinrichtungen im Zuge der Covid-19-Pandemie bei der Erfassung und der Interpretation der Evaluationsergebnisse,
- ein ganzheitliches Erhebungskonzept, das Synergien zwischen den Instrumenten nutzt,
- eine hohe Flexibilität bezüglich der Instrumentenentwicklung und Erhebungszeitpunkte sowie
- eine transparente, niedrigschwellige und im zeitlichen Umfang angemessene Einbindung der Zielgruppen der Evaluation (z. B. möglichst kurze Befragungsdauer, Nutzung von Online-Formaten).

## 2.2.2 Modul 1: Stand der Forschung: Literaturanalyse und Expertise zu Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

### Ziele

Die Literaturanalyse konzentriert sich auf die folgenden Fragestellungen:

- Welchen Inhalt haben wissenschaftliche Publikationen seit 2016, die auf eine Weiterentwicklung der Handlungsfelder im derzeitigen Präventionsleitfaden schließen können?
- Welche Empfehlungen können aus den verschriftlichten Ergebnissen aktueller Studien dazu beitragen, den Präventionsleitfaden zu aktualisieren?
- In der Literatur identifizierte Lücken sollen durch Interviews mit ausgewählten Expert:innen geschlossen werden.

### Vorgehen bei der Recherche und Auswertung

Die systematische Literaturrecherche für den vorliegenden Bericht erfolgte von Mai 2021 bis Juli 2021 in internationalen Datenbanken (Medline, CINAHL, Cochrane, Psycindex, CRD) und nationalen Datenbanken (Carelit, PEDro) (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Suchstrategie in Datenbanken**

Datenbank	MEDLINE	CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	CareLit	CRD (Centre for Reviews and Dissemination Universität York)	Cochrane	Psyndex	PEDro (Physiotherapy Evidence Database)
<b>Treffer</b>	2.885	107	82	110	113	70	31
<b>Suchbegriffe</b>	("residential facilities" OR nursing home* OR care facility* OR care home* OR "long-term care" OR residential care OR "geriatric nursing" AND (intervention AND/OR prevention AND/OR health literacy AND/OR health promotion)	("residential facilities" OR nursing home* OR care facility* OR care home* OR "long-term care" OR residential care OR "geriatric nursing") AND (intervention AND/OR prevention AND/OR health literacy AND/OR health promotion) Pflegeeinrichtung* AND/OR Intervention AND/OR Prävention	Präventionsleitfaden Stationäre Pflege AND Prävention Pflegeeinrichtung* OR stationäre Pflege AND Prävention AND/OR Intervention	"care home" AND prevention "geriatric nursery" AND prevention	long-term care AND intervention long-term care AND prevention Geriatric nursery AND prevention AND/OR intervention nursing home AND prevention nursing home AND intervention	"long-term care" AND prevention "care home" AND prevention Pflegeheim	residential facilities AND health promotion "long-term care" AND health promotion care home AND health promotion nursing home AND health promotion residential care AND health promotion residential care AND behaviour modification residential facility AND BM nursing home AND BM
<b>Einschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ betreffen deutschen Sprachraum</li> <li>■ in Sprachen Deutsch oder Englisch verfasst</li> <li>■ betreffen stationäre Pflegeeinrichtungen</li> <li>■ Bezug zu Präventionsleitfaden oder dessen Handlungsfeldern</li> <li>■ betreffen Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege</li> <li>■ Publikationszeitraum 2016–2021</li> </ul>						
<b>Handsuche in weiteren Online-Quellen</b>			Leitlinienportal AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)	Indikatoren-Datenbanken QUINTH (Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV Spitzenverbandes)	ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege)	DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)	Websites von Pflegekassen, Forschungsinstituten, Ministerien (Forschungsprojekte z. B. PROCARE, SaluPra, CaResource)

Quelle: Eigene Darstellung  
Prognos 2022

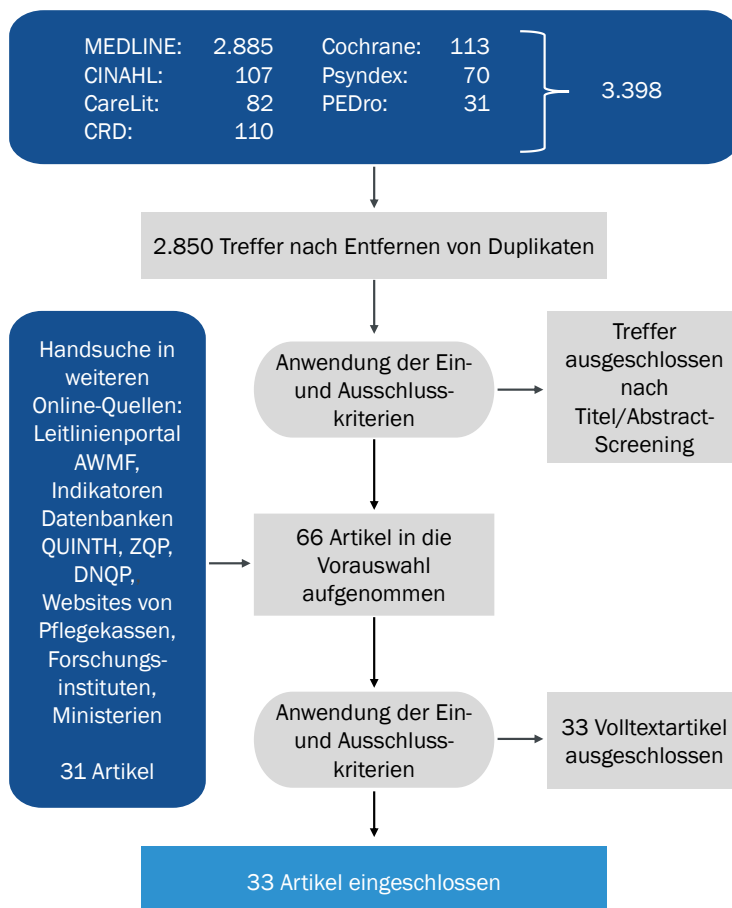
©

Dabei erfolgt eine enge Anlehnung an die verwendete Suchstrategie bei der im Jahr 2016 durchgeführten Recherche in Bezug auf die Datenbanken und die Schlagwörter (Blättner, 2017).

Die Literaturrecherche ergab eine große Anzahl heterogener Publikationen, die im Anschluss gesichtet, sortiert und analysiert wurden, und dabei folgende Schritte absolvierte: Zunächst wurden alle 3.398 in den sieben Datenbanken gefundenen Publikationen durchgesehen und Duplikate entfernt (Abbildung 2). Für die noch vorhandenen 2.850 Publikationen wurden die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien angewandt:

- Sie betreffen den deutschen Sprachraum,
- sie sind in den Sprachen Deutsch oder Englisch verfasst,
- sie haben einen Bezug zu stationären Pflegeeinrichtungen (im Sinne des SGB XI),
- sie thematisieren die Empfehlungen im Präventionsleitfaden oder konkret die bereits vorhandenen Handlungsfelder,
- sie weisen auf Interventionen im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege hin und
- die Publikation der Ergebnisse erfolgte in den Jahren 2016 bis 2021.<sup>2</sup>

Abbildung 2: Filterprozess bei der Literaturanalyse



Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2022

<sup>2</sup> Recherchestart war 2016, da zu diesem Zeitpunkt die wissenschaftliche Literaturrecherche für den 2018 überarbeiteten Leitfaden erfolgte und somit Überlappungen ausgeschlossen werden konnten. Bei den Übersichtsarbeiten, die nach 2016 publiziert wurden, sind teilweise ältere Studien eingeschlossen. Reviews wurden dann miteinbezogen, wenn mindestens eine Studie, die sich auf Deutschland bezog, analysiert wurde.

Eine große Anzahl an Publikationen konnte daraufhin durch das Screening des Titels und Abstracts ausgeschlossen werden.

Zudem wurde die Recherche durch eine Suche nach relevanten Publikationen im **Leitlinienportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2022)**, in den **Indikatoren-Datenbanken QUINTH (2022)**, auf der Website des **Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) (2022)**, auf der Website des **Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2022)** und der Webseite des **GKV Spitzenverbandes (2022)** unterstützt. Eine Handrecherche nach Forschungsprojekten auf Websites von Pflegekassen, Forschungsinstituten und Ministerien ergänzte diesen Prozess. So konnten weitere 31 relevante Publikationen in das Screening eingeschlossen werden.

Insgesamt wurden 66 Publikationen in die Vorauswahl eingeschlossen, in der Volltextversion gelesen und analysiert. Nach diesem Arbeitsschritt mussten weitere Publikationen ausgeschlossen werden (z. B. durch irreführende Informationen im Titel oder Abstrakt oder Studiendoppelung mit gleichem Inhalt) und es verblieben 34 Artikel. Davon handelt es sich bei insgesamt 17 um wissenschaftliche Studien, davon zwölf Primärstudien (sechs quantitativ und sechs qualitativ) und fünf Übersichtsarbeiten.

Weiterhin ergab die Recherche zwei Hintergrundartikel, sechs Projektbeschreibungen oder -berichte und neun Publikationen, die in den Bereich Publikumsartikel oder journalistische Artikel fallen (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Gefundene Publikationen nach Literaturarten**

Literaturart	Anzahl Recherche	Anzahl Nachrecherche	Insgesamt
Quantitative Primärstudien	6	8	14
Übersichtsarbeiten	5	2	7
Qualitative Primärstudien	6	3	9
Projektbeschreibungen/-berichte	6	12	18
Hintergrundartikel/Editorials	2	0	2
Publikumsartikel/journalistische Artikel	9	0	9
<b>Insgesamt</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>59</b>

Quelle: Eigene Darstellung

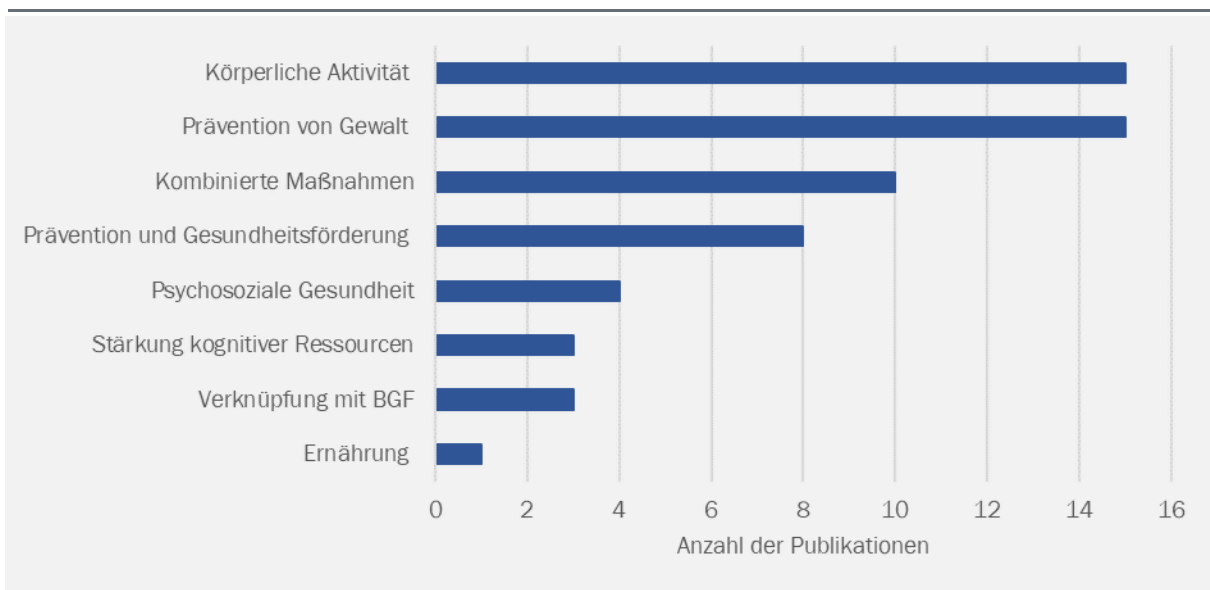
© Prognos 2022

Von September 2021 bis Februar 2022 erfolgte eine Nachrecherche. Diese lief zum einen über die oben genannten Datenbanken. Zum anderen wurden im Verlauf des Projektes Pflegekassen und -einrichtungen konkret danach befragt, welche Projekte sie derzeit umsetzen. In dem dafür verwendeten Fragebogen erhielten sie die Möglichkeit, einen Link im Internet zu den Projekten anzugeben. Die Projektwebsites wurden auf weitere Projektberichte durchsucht. Schließlich erhielten die am Projekt beteiligten Pflegekassen(verbände) im März 2022 die Möglichkeit, die beiliegende Tabelle (Anhang A) auf Vollständigkeit zu prüfen und zu ergänzen. So ergab die Gesamtsumme aller analysierten und in die Auswertung eingeschlossenen Artikel im Februar 2022 schließlich 59 Publikationen.

Die inhaltliche Zuordnung zu den bereits vorhandenen fünf Handlungsfeldern der insgesamt 59 Artikel ist in Abbildung 3 dargestellt. Die beiden Handlungsfelder, die thematisch am häufigsten

adressiert werden (jeweils 15-mal), sind körperliche Aktivität und Prävention von Gewalt. Einschränkung ist hier zu bemerken, dass das Thema Prävention von Gewalt besonders häufig in journalistischen Artikel diskutiert wird (dreimal) und im Bereich körperliche Aktivität ein Projekt mit vier Veröffentlichungen vertreten ist (Lindera, 2021)<sup>3</sup>. Das dritthäufigste Thema, über das in den letzten sieben Jahren publiziert wurde, sind Evaluationen und Projektbeschreibungen zu multimodalen Interventionspaketen, immer aus den Handlungsfeldern körperliche Aktivität, Stärkung der psychosozialen Ressourcen und der Kognition. Acht journalistische und grundlegende wissenschaftliche Publikationen ohne Studiencharakter finden sich zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Zu den Handlungsfeldern psychosoziale Gesundheit und Kognition konnten vier bzw. drei Publikationen zugeordnet werden, zumeist systematische Übersichten. Am wenigsten bearbeitet und beforscht scheinen die Themen betriebliche Gesundheitsförderung in Verknüpfung mit bewohnerorientierter Prävention (mit drei Publikationen) und das Handlungsfeld Ernährung mit einer Publikation, die jedoch gleichzeitig in den Bereich BGF (betriebliche Gesundheitsförderung) fällt.

**Abbildung 3: Gefundene Publikationen nach Themen (n=59)**



Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2022

### Bewertung der Studienqualität

Zur Bewertung wissenschaftlicher Studien liegen zahlreiche Instrumente vor. In dieser Literaturrecherche verwendete das wissenschaftliche Team zur Beurteilung von quantitativen Primärstudien den GRADE-Ansatz (Schünemann et al., 2013). Diese Methode wurde ursprünglich entwickelt, um die Qualität der Stärke von Evidenz für Empfehlungen in Leitlinien zu untersuchen, hat sich aber auch für die Beurteilung der Evidenzgüte von quantitativen Primärstudien bewährt (Brozek et al., 2021). Studien werden aufgrund ihrer Anordnung und Durchführung auf einer anfänglichen Stufe der Vertrauenswürdigkeit festgelegt und können dann durch bestimmte Parameter

<sup>3</sup> Die hier abgebildeten Publikationen betreffen die von der Firma Lindera entwickelte SturzApp und ihren Wissenschaftsbezug. Letzterer umfasst eine Mobilitätsanalyse, die die standardisierte, multifaktorielle Bewertung des individuellen Sturzrisikos ermöglicht und daraufhin Maßnahmen als Sturzprävention empfiehlt.

wie z. B. Inkonsistenz, Indirektheit, unzureichende Präzision herab- oder auch heraufgestuft werden. Der Ansatz impliziert, dass es keine objektive Einschätzung einer Studiengüte geben kann, und basiert auf der Idee der Triangulation durch ein wissenschaftliches Team.

In dem Sample dieser Literaturanalyse bewertet das wissenschaftliche Team drei der insgesamt neun quantitativen Studien mit einer hohen Evidenzgüte (**Abraham et al., 2019; Rabe et al., 2020; Stamm et al., 2020; Steinert et al., 2019; Straubmeier et al., 2017**)<sup>4</sup> (1-1, 1-7, 1-8)<sup>5</sup>. Drei weitere Studien zeichnen sich nach dieser Methode durch eine moderate Evidenzgüte aus (**Bischoff, 2018; Cordes et al., 2019; Krupp et al., 2019**) (1-2, 1-3, 1-6). Die Evidenzgüte niedrig erhalten die drei Studie von **Diegelmann et al. (2018)** (1-4), **Dorn & Blättner (2021)** (1-5), und **Weidner et al., (2017)** (1-9).

Die Zurückstufung der Studie von **Bischoff (2018)** (1-2) erfolgte aufgrund der geringen Teilnehmer:innenzahl und bei **Krupp et al. (2019)** (1-6) aufgrund der Randomisierung des Wohnorts, ein Studiendetail, das aufgrund der Lokalisation der Mitarbeiter:innen erfolgte. Da es sich bei der Publikation von **Cordes et al. (2019)** (1-3) um ein *study protocol* handelt und die eigentliche Studie noch nicht durchgeführt wurde, kann die Bewertung einer moderaten Evidenzgüte nur aufgrund des vorgeschlagenen Designs erhoben werden. Die Studie von **Diegelmann et al. (2018)** (1-4) erhält die Evidenzgüte niedrig in dieser Analyse, da die primäre Einstufung als Fallstudie erfolgt ist und der kausale Effekt der Intervention in der Studie als nicht erwiesen gilt. **Weidner et al. (2017)** (1-9) und **Dom & Blättner (2021)** (1-5) analysieren in ihren quantitativen Fragebogenstudien nicht die Wirksamkeit einer Intervention, sondern erheben einen Zustand. Trotz der hohen Aussagekraft dieser beiden Studien, wird damit die Evidenzgüte hier als niedrig eingestuft.

Die Beurteilung des Verzerrungsrisikos der systematischen Übersichtsarbeiten erfolgte mit dem in England entstandenen Bewertungsinstrument ROBIS, welches eine Kategorisierung in gering, hoch und unklar zulässt (**Whiting et al., 2016**). Verzerrungen können insbesondere bei der Studienauswahl, der Datenextraktion, der Biasbewertung der Primärstudien und der Datensynthese auftreten. In drei Phasen wird mithilfe eines Fragebogens bewertet, welchem Verzerrungsrisiko die jeweilige Studie unterliegt und mithilfe einer tabellarischen, grafischen Darstellung entschieden, welches Verzerrungsrisiko überwiegt. Auch hier liegt die Interpretation der einzelnen Unter Aspekte bei den durchführenden Wissenschaftler:innen. Eine Auswertung der ROBIS-Kriterien impliziert häufig ein Nachfragen bei den Autor:innen einer Publikation.

In dem analysierten Sample befand das wissenschaftliche Team bei allen Übersichtsarbeiten ein geringes Verzerrungsrisiko. Die Qualität der untersuchten Studien wurde in allen Übersichtsarbeiten als eher niedrig eingestuft und es gibt insgesamt wenig klare Aussagen zur Wirksamkeit verschiedener Interventionen, sondern nur einzelne statistisch nicht signifikante Hinweise im Vergleich von verschiedenen Einzelmaßnahmen. Daraus ergibt sich insgesamt die Notwendigkeit zur Durchführung weiterer Primärstudien in der Zukunft.

Die identifizierten qualitativen Studien wurden in diesem Rahmen nicht beurteilt, da sie keine Auskunft über die Effektivität von Maßnahmen enthalten. Sie wurden dennoch in die Recherche einbezogen, da sie häufig zum besseren Verständnis beispielsweise von Rahmenbedingungen in der stationären Langzeitversorgung beitragen (**Horn et al., 2019**) (3-5).

<sup>4</sup> Die drei letztgenannten Literaturangaben beziehen sich alle drei auf die Forschung zur Intervention **Lindera (2021)** (1-7) und werden hier nur einmal bewertet.

<sup>5</sup> Die Nummerierung der Literaturangaben bezieht sich auf die Tabelle in Anhang A.

## Ergänzende Interviews mit Expert:innen

Zur Einschätzung der aufgrund der Literaturrecherche teilweise nicht geschlossenen Lücken<sup>6</sup> wurden ergänzend Gespräche mit sechs Expert:innen aus dem Feld Prävention und Gesundheitsförderung in der pflegerischen Versorgung durchgeführt. Hierfür erarbeitete das Team einen Interviewleitfaden. Dieser umfasst folgende Themenbereiche:

- Relevante Erfahrungen und Hintergründe im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege
- Einschätzung des aktuellen Standes der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Empfehlungen zu unveröffentlichten Studien oder Ergebnissen zu dem Thema
- Freie Ergänzungen

Im Juli 2021 wurden insgesamt sechs Expert:innen interviewt, die über Expertise im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege“ in Deutschland verfügen. Die Gespräche fanden telefonisch oder via Videokonferenz statt und wurden im Anschluss schriftlich zusammengefasst.

### 2.2.3 Modul 2: Bestandsaufnahme und Bewertung der Maßnahmen und Projektaktivitäten der Pflegekassen

#### Ziele

Es sollte eine Übersicht zur inhaltlichen Ausrichtung der von den Pflegekassen umgesetzten Maßnahmen und Projektaktivitäten im Hinblick auf präventive Leistungsangebote in den Pflegeeinrichtungen gewonnen werden. Im Fokus der Evaluation standen dabei qualitative Erkenntnisse zu den Maßnahmen, Projektaktivitäten und Konzepten, die über die vorhandenen quantitativen Daten aus den vorliegenden Präventionsberichten des GKV-Spitzenverbands hinausgehen.

#### Sichtung der Präventionsberichte

Die jährlichen Präventionsberichte des GKV-Spitzenverbands, mit denen die Pflegekassen seit 2017 ihre Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI veröffentlichen, wurden gesichtet, um die bereits vorhandenen quantitativen und qualitativen Erkenntnisse zu den präventiven Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen für die Evaluation zu erschließen. Die Inhalte wurden in die Konkretisierung des Evaluationskonzeptes einbezogen, z. B. bei der Entwicklung von Fragebögen sowie bei der Auswahl von geeigneten Fallkonstellationen (Abschnitt 2.2.4).

#### Online-Befragung der Pflegekassen(verbände)

Ein Fragebogen mit Kategorien und Differenzierungen für die Abfrage der Maßnahmen und Aktivitäten der Pflegekassen wurde entwickelt und abgestimmt. Auch die Fragen zu den Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Modul 3) wurden in dieser Befragung integriert.

Insgesamt wurden 108 Pflegekassen und Pflegekassenverbände<sup>7</sup> zu der Online-Befragung eingeladen. Der Befragungszeitraum war vom 29.10.2021 bis zum 03.12.2021. Den Teilnehmer:innen wurden zwei Erinnerungsschreiben (15.11.2021 und 19.11.2021) zugesendet. Es nahmen 72 Pflegekassen(verbände) an der Online-Befragung teil. Dabei wurden 101 präventive Konzepte der

<sup>6</sup> Die identifizierten Lücken betrafen in erster Linie die Relevanz des Handlungsfeldes Ernährung, die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit bestimmter Maßnahmen im Bereich Gewaltprävention und die Sinnhaftigkeit der Kombination einzelner Handlungsfelder.

<sup>7</sup> Da es sich nur um eine geringe Anzahl von Verbandsvertreter:innen in diesem Sample handelt, wird sich im Folgenden nur noch auf „Pflegekassen“ bezogen.

Pflegekassen erfasst. Da bei der Online-Befragung keine Vollerhebung unter allen Pflegekassen(verbänden) erreicht wurde, ist davon auszugehen, dass ein Teil der eingesetzten präventiven Konzepte nicht erfasst wurde. Die Anzahl nicht erfasster präventiver Konzepte könnte sich auf schätzungsweise rund 50 Konzepte belaufen.<sup>8</sup> Nach dieser Schätzung wären etwa zwei Drittel aller existierenden präventiven Konzepte in der Bestandsaufnahme enthalten. Trotz dieser Limitation bietet die Konzeptübersicht einen tieferen Einblick in die Umsetzung der von den Pflegekassen geförderten Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen.

### **Interviews mit Pflegekassen(verbänden) und Trägerverbänden von Pflegeeinrichtungen**

Interviews mit Vertreter:innen von sieben Pflegekassen(verbänden) aus allen Kassenarten sowie von fünf bundesweiten Trägerverbänden von Pflegeeinrichtungen wurden geführt. Zu ausgewählten Themen der Online-Befragungen, zu vertiefenden Fragen und zur Exploration wurden Gesprächsleitfäden entwickelt. Dabei wurden neben den Aktivitäten und Bewertungen der Pflegekassen(verbände) und der Trägerverbände auch die Rahmenbedingungen der Leistungsumsetzung (Modul 3) thematisiert. Die Gespräche dauerten jeweils rund 45 bis 60 Minuten, fanden telefonisch oder via Videokonferenz statt und wurden im Anschluss schriftlich zusammengefasst. Entlang der Themenschwerpunkte des Interviewleitfadens wurden die Interviewprotokolle strukturiert ausgewertet.

#### 2.2.4 Modul 3: Untersuchung der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung

##### **Ziele**

Die aktuellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Leistungen nach § 5 SGB XI sollten umfassend und aus Perspektive aller an der Umsetzung beteiligten Akteursgruppen untersucht werden.

##### **Online-Befragungen von Pflegeeinrichtungen**

Um ein Gesamtbild der Bewertung von Rahmenbedingungen der Leistungserbringung zu erhalten, wurden zwei standardisierte Online-Befragungen durchgeführt. Eine richtete sich an Pflegeeinrichtungen, die bereits präventive Angebote nach § 5 SGB XI umsetzen („aktive Einrichtungen“), die andere an Pflegeeinrichtungen, die dies bislang noch nicht getan haben („nicht aktive“ Einrichtungen)<sup>9</sup>.

„Aktive“ Pflegeeinrichtungen wurden über die Pflegekassen(verbände), mit denen sie im Rahmen der Umsetzung präventiver Angebote kooperieren, kontaktiert. Die Weiterleitung des Einladungsschreibens zur Online-Befragung wurde von den Pflegekassen(verbänden) übernommen, daher ist die Anzahl angeschriebener Einrichtungen unbekannt. Der Befragungszeitraum war vom 30.11.2021 bis zum 10.01.2022. Insgesamt haben 107 „aktive“ Pflegeeinrichtungen an der Befragung teilgenommen.

„Nicht aktive“ Pflegeeinrichtungen wurden über ihre Trägerverbände eingeladen. Die Weiterleitung der Online-Befragungen wurde von den Trägerverbänden übernommen, daher ist die Anzahl angeschriebener Einrichtungen unbekannt. Der Befragungszeitraum war vom 30.11.2021 bis zum 10.01.2022. Insgesamt haben 79 „nicht aktive“ Pflegeeinrichtungen an der Befragung teilgenommen.

<sup>8</sup> Diese Schätzung folgt der Annahme, dass die nicht in der Online-Befragung eingeschlossenen Pflegekassen(verbände) im Durchschnitt über dieselbe Anzahl an federführend umgesetzten Konzepten verfügen wie jene Pflegekassen, die teilgenommen haben.

<sup>9</sup> Als „nichtaktive“ Pflegeeinrichtungen werden im Folgenden Einrichtungen bezeichnet, die bisher keine Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI umgesetzt haben.



Im Vergleich zur bundesweiten Gesamtzahl der stationären Pflegeeinrichtungen wurde lediglich ein kleiner Anteil an Einrichtungen durch die beiden Online-Befragungen erreicht. Laut Präventionsbericht (MDS/GKV-Spitzenverband, 2021) wurden im Jahr 2020 in 1.866 von insgesamt 15.380 vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Tagespflegeeinrichtungen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention erbracht. Nur 5,7 Prozent der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen (107 von 1.866 Einrichtungen) wurden durch die Befragung erreicht. Bei „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil bei lediglich 0,6 Prozent (79 von 13.514 Einrichtungen). Die Rücklaufzahlen sind vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie und der damit verbundenen Belastung der Pflegeeinrichtungen zu betrachten. Trotz der damit verbundenen Limitationen bieten die Ergebnisse wichtige Einblicke in die Gesundheitsförderung und Präventionen aus Sicht „aktiver“ und bisher „nicht aktiver“ Pflegeeinrichtungen.

## Interviews in Fallkonstellationen

Exemplarische tiefergehende Einblicke zu ausgewählten Rahmenbedingungen und Handlungsfeldern lieferte die Untersuchung von sechs Fallkonstellationen aus Pflegekassen, Dienstleistern, Forschungseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen, die miteinander kooperieren, um präventive Angebote zu entwickeln und umzusetzen. Die Auswahl erfolgte anhand folgender Kriterien:

- Konstellationen aus unterschiedlichen Akteuren (Kassen(arten), Dienstleister, Forschungseinrichtungen, Einrichtungsträger)
- Konstellationen mit unterschiedlicher regionaler Verteilung (bundesweit und verschiedene Bundesländer)
- Konstellationen mit umfangreicher Erfahrung bei der Konzeptentwicklung und/oder -umsetzung (z. B. wissenschaftliche Begleitung und/oder Umsetzung in vielen Einrichtungen) bezüglich:
  - dem häufig adressierten Handlungsfeld körperliche Aktivität (zwei der Fallkonstellationen),
  - dem weniger häufig adressierten Handlungsfeld Prävention von Gewalt (zwei der Fallkonstellationen),
  - dem weniger häufig adressierten Handlungsfeld gesunde Ernährung in Kombination mit körperlicher Aktivität (eine der Fallkonstellationen),
  - dem Aufbau von Steuerungsstrukturen in Einrichtungen (vier der Fallkonstellationen),
  - der systematischen Verknüpfung der Präventionsangebote (§ 5 SGB XI) mit BGF (§ 20b SGB V) (eine der Fallkonstellationen),
  - der umfassenden Partizipation der pflegebedürftigen Menschen und/oder ihrer Angehörigen (zwei der Fallkonstellationen) sowie
  - innovativen Präventionsangeboten mit digitalen Lösungen (eine der Fallkonstellationen).

Insgesamt wurden zu sechs unterschiedlichen Fallkonstellationen 24 Interviews mit Beteiligten geführt, die an der Entwicklung und/oder Umsetzung desselben präventiven Angebots beteiligt sind. Die Gesprächsleitfäden wurden für die jeweiligen Akteure und Fallkonstellationen individuell angepasst und behandelten unter anderem spezifische Merkmale der umgesetzten präventiven Angebote oder der Kooperationsstrukturen. In die Gespräche waren teilweise mehrere Gesprächspartner:innen eingebunden, sie dauerten jeweils rund 45 bis 60 Minuten. Die Gespräche fanden telefonisch oder via Videokonferenz statt und wurden im Anschluss schriftlich zusammengefasst. Die Interviewprotokolle wurden entlang der Themenschwerpunkte des Interviewleitfadens strukturiert ausgewertet. Übergreifende Erkenntnisse aus den Fallkonstellationen sind im vorliegenden Evaluationsbericht enthalten, während auf eine Darstellung der einzelnen Fallkonstellationen und die Bewertung der beteiligten Akteur:innen aus Gründen der Vertraulichkeit verzichtet wird.

## 2.2.5 Modul 4: Entwicklung und Abstimmung von Hinweisen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Präventionsleitfadens

### Ziele

Auf Grundlage der Ergebnisse der Module 1 bis 3 sollten Empfehlungen für die Weiterentwicklung und zukünftige Umsetzung präventiver Leistungen nach § 5 SGB XI entwickelt werden, unter Beteiligung der Perspektive aller hierfür maßgeblichen Akteursgruppen.

### Online-Workshops

Die wesentlichen Erkenntnisse aus den Modulen 1 bis 3 wurden komprimiert zusammengefasst. Maßgebliche Herausforderungen und mögliche Weiterentwicklungsbedarfe wurden daraus abgeleitet. Die Diskussion der Herausforderungen und Weiterentwicklungsbedarfe erfolgte in vier Online-Workshops mit:

1. Vertreter:innen der Pflegekassen(verbände)
2. Vertreter:innen der Leistungserbringer (Trägerverbände, Pflegeeinrichtungen)
3. Interessenvertreter:innen von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen
4. Wissenschaftler:innen

Die Auswahl der jeweils vier bis elf Teilnehmer:innen erfolgte soweit möglich aus dem Kreis der bereits in den vorherigen Modulen eingebundenen Personen. Die Workshops dauerten jeweils 2,5 Stunden und wurden mit jeder Akteursgruppe separat durchgeführt, damit deren spezifische Perspektiven in ausreichender Tiefe behandelt werden konnten. Ausgehend von zentralen Evaluationsbefunden wurden die Hintergründe der bestehenden Herausforderungen besprochen. Durch die Einbeziehung der verschiedenen Sichtweisen und Expertisen fand eine Validierung und Einordnung der bisher erhobenen Ergebnisse statt und konkrete Vorschläge für Weiterentwicklungen wurden entwickelt. Die Workshop-Ergebnisse wurden während der Durchführung visualisiert und dokumentiert.

## 2.3 Aufbau des Berichts

Abschnitt 2.2 liefert eine Übersicht über das Evaluationskonzept, die eingesetzten Instrumente und den Ablauf der empirischen Erhebungen. In Kapitel 3 wird der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen aufgearbeitet. Kapitel 4 gibt einen Überblick über den Umgang der Pflegekassen mit dem Präventionsauftrag nach § 5 SGB XI, wobei sowohl auf die generelle Aktivität und übergreifende Strategien als auch auf das Kooperationsgeschehen und die Aufgabenschwerpunkte der beteiligten Akteure eingegangen wird. Kapitel 5 beschäftigt sich mit der Vorbereitungsphase der präventiven Leistungen, in der es um die Information und Beratung der Pflegeeinrichtungen geht, um deren Sensibilisierung und Motivierung für Prävention zu stärken. Kapitel 6 betrachtet die Konzepte der Pflegekassen, die den präventiven Angeboten zugrunde liegen. Neben einem Überblick über wesentliche Merkmale werden die Zielsetzungen, Maßnahmen und vorliegenden Wirknachweise eingehender beschrieben. Kapitel 7 liefert einen Überblick über die maßgeblichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der präventiven Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen und geht anschließend vertieft auf mehrere Themen ein, die im Verlauf der Evaluation als besonders relevant herausgearbeitet wurden. In Kapitel 8 sind einzelne Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI zu finden, die im Verlauf der empirischen Erhebungen zusammengetragen wurden. Diese bilden die Grundlage für abschließende Empfehlungen des Evaluationsteams für eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI.

### **Lesehinweis**

Alle relevanten empirischen Befunde der Evaluation sind in den Kapiteln dargestellt. Die durch das Evaluationsteam als zentral bewerteten Ergebnisse sind jeweils in grauen Boxen am Ende der (Unter)Kapitel zusammengefasst.

### 3 Aktueller Forschungsstand zu den Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

---

Dieses Kapitel widmet sich dem aktuellen Forschungsstand zu den Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen bezogen auf die fünf Handlungsfelder des Präventionsleitfadens. Zusätzlich wird auf die Wirkung von Maßnahmen eingegangen, die präventive Aktivitäten mit Bezug zu mehreren Handlungsfeldern kombinieren. Die Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf der Literaturrecherche und den ergänzenden Interviews mit Expert:innen aus der Wissenschaft.

#### 3.1 Körperliche Aktivität

Der Bereich körperliche Aktivität wird national gut dargestellt, daher liegen für diesen Bereich systematische Übersichtsarbeiten (**Köppel, 2021; Wöhl et al., 2017, 2020**) (2-1, 2-5)<sup>10</sup> vor.

Eine systematische Übersicht von dem Autor:innenteam (**Wöhl et al., 2017**) (2-5) bildet die internationale Studienlage zum Thema Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeeinrichtungen ab. Sie identifizierten 14 Primärstudien (12 RCTs und 2 CCTs) aus den Jahren 2010 bis 2016, die sie in einer Metaanalyse zusammenfassten (Methode: „Random effects“-Modell). Eine der Primärstudien wurde in Österreich durchgeführt. Mithilfe des Instrumentes der *Cochrane Collaboration* schätzten die Autor:innen das Verzerrungsrisiko der Evidenzlage der meisten Studien als hoch ein. Zwar konnten Hinweise auf eine Überlegenheit universell präventiver Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität im Vergleich zur üblichen alltagsnahen Versorgung identifiziert werden, diese können aber aufgrund der Heterogenität der analysierten Studien nicht näher spezifiziert werden. Zum Beispiel verwendeten die Studien grundverschiedene Interventionsansätze wie Widerstandstraining mit Elektrostimulationen, Dehnprogramm und tanzbasierte Intervention, die zwischen zwölf Minuten und einer Stunde pro Einheit variierten. Weiterhin zeichnet sich die Subgruppenanalyse charakteristisch durch ein großes Ausmaß an Heterogenität aus: Allein die Altersspannweite in den Primärstudien beträgt 22 Jahre.

Zu den weiteren Annahmen in dem Artikel gehört, dass Pflegebedürftige eher von Angeboten, die weniger als zwölf Wochen dauern, profitieren. Die Autor:innen vermuten, dass über einen längeren Zeitraum die Motivation zur regelmäßigen Teilnahme bei den Teilnehmenden nachlässt.

Insgesamt schlussfolgern die Autor:innen anhand der unsicheren Studienlage, dass Pflegebedürftige mit moderaten bis starken kognitiven Leistungsstörungen stärker von einer Teilnahme an Angeboten zur körperlichen Aktivität profitieren als Pflegebedürftige, die nur über leichte kognitive Einschränkungen verfügen. Denn bei ihnen konnten nicht so hohe Effekte nach einer Teilnahme nachgewiesen werden. Eine Ursache könnte sein, dass stärker kognitiv beeinträchtigte Menschen kaum noch über selbstständige Mobilität verfügen und daher jedwede Förderung ihrer körperlichen Aktivität zu Effekten führen kann. Personen mit leichten kognitiven Einschränkungen verfügen dagegen noch über ausreichend Eigenaktivität.

Eine weitere (selektive) Übersicht von **Köppel (2021)** (2-1) ergründet, welche Charakteristika Studienkohorten von Studien, die die Wirksamkeit von Interventionen im Bereich körperliche Aktivität bei Pflegeheimbewohner:innen untersuchen, aufweisen und inwieweit diese Studienpopulationen auf die Gesamtheit der Pflegeheimbewohner:innen generalisiert werden kann. Zudem diskutiert

<sup>10</sup> Die Nummerierung der Literaturangaben bezieht sich auf die Tabelle in Anhang A.

der Autor die Effektivität von körperlichem Training und Bewegungsinterventionen für Pflegeheimbewohner:innen. Methodisch schließt er dazu vier in den letzten zehn Jahren publizierte Übersichtsarbeiten mit insgesamt 49 Originalarbeiten und 117 Studienarmen ein. Der Autor legt keine Übersicht zur regionalen Herkunft der Studien dar; seine Auflistung zeigt jedoch ausschließlich englischsprachige Publikationen aus US-amerikanischen Journals mit mindestens einer Originalarbeit aus Deutschland. Die Interventionen bestehen zumeist aus Krafttraining oder einem multimodalen Training mit Kraftanteilen. Der Autor kommt zu folgenden Ergebnissen: Hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens ist die Mehrheit der Studienteilnehmenden einer mittleren Pflegebedürftigkeit zuzuordnen. Das am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens stellt der Barthel-Index dar, der von 0 bis 100 reicht, wobei ein Wert von 100 indiziert, dass eine Person sehr selbstständig ist. In diesen Studien lag der Median bei 59,5. Bei der Depressivität liegen die Studienmediane im unauffälligen bis leichten Bereich. Insgesamt sind die untersuchten Pflegeheimbewohner:innen gemessen durch die *Berg Balance Scale* (BBS) bei einer Range von 19 bis 49 und einem BBS von 35 erhöht sturzgefährdet. In einem häufig in den Studien eingesetzten Test zur Ganggeschwindigkeit zeigte sich, dass die hier betrachteten Kohorten etwa 2,5- bis dreimal so lange brauchten, wie aufgrund der altersadaptierten Referenzwerte zu erwarten war. Die Kraftfähigkeit wurde in wenigen der Originalarbeiten erhoben, sodass sich hier kaum eine Aussage treffen lässt. Hinsichtlich der Wirksamkeit, so stellt der Autor fest, ist körperliches Training für Pflegeheimbewohner:innen effektiv, insbesondere im Hinblick auf die konditionellen Fähigkeiten. Da die Pflegeheimbewohner:innen häufig eine enorme Dekonditionierung erleben, entsteht für sie ein enormer Bedarf an Aufbauinterventionen, trotz eines schlechten motorischen Zustandes mit einem erhöhten Sturzrisiko.

**Gebhard & Schmid (2018) (3-3)** gingen in ihrem transdisziplinären Projekt „Gesundheit in Bewegung 2.0“ der Frage nach, welche Herausforderungen bei Menschen mit Demenzerkrankungen auftreten, wenn sie ein Bewegungsprogramm durchführen. Weiterhin interessierten sie sich in der Studie für Themen, die ein Bewegungshandbuch neben Übungsbeschreibungen optimalerweise beinhalten sollte, um Betreuungspersonen von Menschen mit Demenz eine qualitätsvolle Anleitung von Bewegung zu ermöglichen. Mithilfe des Partizipationsansatzes im Rahmen von dreistündigen Workshops entwickelten die Autorinnen ein Programm zur Bewegungsdurchführung. Methodisch wurde dieses so gewählt, dass auch nichtwissenschaftlichen Akteur:innen niederschwellig die Partizipation an Entwicklungsprozessen von Gesundheitsinterventionen ermöglicht werden konnte. Die Ergebnisse des Workshops wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach *Mayring* induktiv analysiert. 29 Frauen und drei Männer aus verschiedenen Bereichen der pflegerischen Versorgung (unter anderem Heimleitungen, Pflegehelfer:innen, Altenfachbetreuer:innen), aber auch Angehörige nahmen daran teil. Die Evaluation des Projektes ergab, dass die Hauptherausforderung bei der Interventionsumsetzung (mit vier Nennungen) „Trainingsverweigerung“ der Teilnehmenden ist. An zweiter Stelle stehen mit jeweils drei Nennungen die Verschlechterung des Allgemeinzustandes, der Krankheitsausfall der Trainingsleitung und fehlende Zeitressourcen. Für das Handbuch – so legten die Teilnehmenden fest – braucht es konkrete Übungsbeschreibungen für unterschiedliche Mobilitätsniveaus (z. B. für rollstuhlmobile Personen). Weiterhin sollen zur Aktivierung von Menschen mit Demenz die Übungen biografische Anknüpfungspunkte haben. Dazu gehören z. B. Aktivitäten aus dem Bereich Garten- oder Hausarbeit. Statt professioneller Sportgeräte sollen vertraute Materialien oder Naturmaterialien eingesetzt werden. Weiterhin ist eine rituelle Einbettung von Maßnahmen durch Begrüßung und Verabschiedung sehr wichtig. Auch ist die Einstellung der Trainingsleitenden gegenüber den Teilnehmenden von Bedeutung: Sie soll möglichst empathisch, geduldig und wertschätzend sein, siehe dazu auch **Gebhard & Mir (2021) (3-3)**.

Eine Studie aus Heidelberg untersuchte, wie sich körperliche Aktivitäten, insbesondere Gleichgewichtsinterventionen und Interventionen mit progressivem Widerstand mit mittlerer bis hoher Intensität auf depressive Symptome bei Pflegeheimbewohner:innen auswirken (**Diegelmann et al., 2018) (1-4)**. 163 pflegebedürftige Menschen wurden ausgewählt und gefragt, ob sie an dem

zwölfwöchigen Trainingsprogramm teilnehmen wollen. Das Trainingsprogramm implizierte Mitarbeiter:innenschulungen und Bewegungsspiele für Teilnehmende, wie z. B. das Betätigen einer Tanzplatte, auf der Schritte nachgetanzt werden können. Die Bewohner:innen wurden angesprochen und ermutigt, am Bewegungstraining teilzunehmen. Je nach Wunsch und Zustand konnten sich die Teilnehmenden zwischen Gruppen- oder Einzeltraining entscheiden. Das Programm verwendete demenzassoziierte Kommunikationstechniken, um mit Verhaltensproblemen umzugehen. Die 78 freiwillig Teilnehmenden wurden anschließend hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik mit einer Kontrollgruppe von Menschen, die nicht am Programm teilnahmen, verglichen. Als Messinstrument wurde der *Geriatric Depression Scale – Residential* (GDS-12R) eingesetzt. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich die depressiven Symptome der Menschen aus der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten stabilisierten, aber nicht verbesserten.

Auch das Modellprojekt POLKA (Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation körperlicher Aktivität) intendiert die Stärkung gesundheitsförderlicher Potenziale von stationären Pflegeeinrichtungen mit einem Schwerpunkt auf der Förderung körperlicher Aktivitäten (**Baldus et al., 2021; Baldus et al., 2020; Kraaibeek, 2021**) (4-2). Projektträger ist die DAK Gesundheit in Kooperation mit einigen wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Partnern. Das Projekt ist ausgelegt für 40 Pflegeeinrichtungen vornehmlich in Schleswig-Holstein in den Jahren 2019 bis 2024. Grundsätzlich soll die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung körperlicher Aktivität bei Pflegebedürftigen verwenden und gezielt Maßnahmen umsetzen, erhöht werden. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung soll eine ausgiebige Bedarfs- und Situationsanalyse mit Interviews, Explorationsworkshops und weiteren Befragungen in den Heimen die Schwerpunkte und Umsetzungsmodalitäten weiter schärfen. Als Basis wird das Konzept des sogenannten House of Work Ability eingesetzt, bei dem die psychophysische Gesundheit der Mitarbeiter:innen das Fundament ist. Um für ein stabiles Grundgerüst des „House“ zu sorgen, sollen die Mitarbeiter:innen kontinuierlich mithilfe des Online-Fragebogens Heidelberger Health Score (HHS) überprüft werden.

Die Bewegungsangebote entsprechend dem multimodalen Trainingskonzept des Lübecker Modells Bewegungswelten (**Ralf et al., 2019**) (4-9) sind in drei Versionen verfügbar (zehnminütige Einzelinterventionen, halb- und einstündiges Gruppentraining), um die individuellen Belastungsgrenzen und Vorlieben zu berücksichtigen. Sie sind jeweils auf 150 Minuten wöchentlich ausgerichtet. Damit generiert POLKA einen integrativen Ansatz, der sowohl das Thema der Organisationsentwicklung (betriebliche Gesundheitsförderung) als auch die Gesundheit der Zielgruppen Bewohner:innen und Angehörige fokussiert.

Einen Ansatz zur Sturzprophylaxe und einer nicht weiter definierten Mobilität hat das Projektteam um die digitale App Lintera (**Lintera, 2021; Rabe et al., 2020; Stamm & Heimann-Steinert, 2020; Steinert et al., 2019**) (1-7).<sup>11</sup> Die Lintera-SturzApp wurde von einem Berliner Start-up für Senior:innen und insbesondere Pflegebedürftige entworfen und durch eine Gruppe von Wissenschaftler:innen der Charité evaluiert und weiterentwickelt. Über eine 30 Sekunden lange Videoaufnahme und einen Fragebogen, der mehrere Screening-Instrumente umfasst (u. a. STRATIFY und das Hendrich-Sturzrisikomodell II), ermittelt sie das individuelle Sturzrisiko der Senior:innen. Die resultierende Analyse gibt personalisierte Empfehlungen zur Sturzprävention und den Erhalt der Mobilität im Alter. Mit der wiederholten Anwendung lassen sich Entwicklungsverläufe darstellen und Systematiken entwickeln, um gezielt am Mobilitätserhalt und der Sturzvermeidung zu arbeiten. Folgende Themenfelder wurden bereits wissenschaftlich untersucht: Zum einen ein Vergleich der diagnostischen Güte der Lintera-Analyse im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren

<sup>11</sup> Die Vermeidung von Stürzen ist zwar Aufgabe einer fachpflegerischen Versorgung (siehe auch Expertenstandard Sturzprophylaxe) und unterscheidet sich damit von den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie über § 5 SGB XI finanziert werden sollen. Zusätzlich handelt es sich in der Umsetzung einer Maßnahme mit der Lintera-App nicht um eine Gruppenintervention. Die Publikationen zum Thema Lintera sind trotzdem relevant für die Betrachtung der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI, da die Online-Befragung der Pflegekassen ergeben hat, dass die Lintera-App in mehreren Pflegekassen zum Einsatz kommt und über § 5 SGB XI finanziert wird.

(Lindera, 2021; Rabe et al., 2020; Steinert et al., 2019) (1-7). Hier wurden von 44 Proband:innen Gangparameter untersucht und mit den Ergebnissen eines validen Referenzsystems verglichen. Als Ergebnis wurde festgestellt, dass sich die Lindera-Gangbildanalyse genauso gut zur Erfassung des Gangbildes eignet wie das bewährte GAITRite-System. Bei letzterem handelt es sich um eine Art begehbare Matte, die die Ganggeschwindigkeit und Variationen des Ganges messen kann und konventionell in der Geriatrie zur Messung von Gangeigenschaften eingesetzt wird. Weiterhin wurde der patient:innenzentrierte Nutzen erhoben. Dazu wurde ein Satz mit Mobilitätsdaten von 223 Senior:innen in einer Erst- und einer Folgeanalyse ausgewertet. Im Zwischenzeitraum der beiden Analysen wurde die Veränderung des Sturzgrades gemessen. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion des Sturzrisikos in Höhe von 11,96 Prozent. Dabei handelt es sich um einen hochsignifikanten Effekt ( $p < 0,01$ ). Weiterhin befragte das Evaluierungsteam 93 Patient:innen und stellte fest, dass 97 Prozent durch die App neue Erkenntnisse zu ihrer Sturzgefahr gewonnen haben. 72 Prozent hatten bereits mit der Umsetzung von Maßnahmen, die Lindera empfiehlt, begonnen und 86 Prozent hatten dadurch Veränderungen erlebt. Der dritte untersuchte Bereich im Zusammenhang mit der App ist die Pflege und Betreuungspraxis im geriatrischen Setting. Dazu wurden Pflegefachkräfte befragt. 80 Prozent von ihnen hielten die regelmäßige Überprüfung des Sturzrisikos für (sehr) effektiv. 71 Prozent der befragten Pflegekräfte gaben an, die Pflegedokumentation habe sich durch die App vereinfacht. Der letzte erhobene Bereich betrifft die Akzeptanz und Benutzerfreundlichkeit (Rabe et al., 2020) (1-7). 90 Prozent der in einem Fragebogen konsultierten Patient:innen gab an, mit der Durchführung der App zufrieden zu sein. 74 Prozent der Pflegekräfte beurteilte die Handhabung als einfach. Im Augenblick laufen mehr als zehn weitere Studien mit verschiedenen, nicht näher benannten Pflegeeinrichtungen, nicht näher benannten Krankenkassen und wissenschaftlichen Instituten wie der Charité und der Wilhelm Löhe Hochschule, um weiterführende Anwendungsfelder im Sport- oder Akutklinikbereich zu erschließen.

Als lokales Beispiel ist das bayernweite Projekt „Sport und Bewegung trotz(t) Demenz“ zu nennen (Wagner, 2017) (4-11). Dieses wurde vom Zentrum Bayern Familie und Soziales finanziert und von Vertreter:innen regionaler Alzheimer Gesellschaften, Übungsleiter:innen und Vertreter:innen des Seniorensports initiiert. Hauptziele des Projektes waren die Planung und Durchführung von sechs Kursleiterseminaren in verschiedenen Regionen Bayerns und die Schaffung von acht regionalen Bewegungsangeboten für die Zielgruppe in verschiedenen Regierungsbezirken Bayerns. Ein weiterer Fokus des Projektes lag auf der Öffentlichkeitsarbeit und auf der Unterstützung der Konzeption von Angeboten in stationären Pflegeeinrichtungen, die für die Bewohner:innen dort und für noch zu Hause lebende Menschen mit Demenz offen sind. Konkret sind im Anschluss an die Seminare neun Angebote in Pflegeeinrichtungen entstanden. Eine wissenschaftliche Evaluation des Programms, die einen Effekt auf demenzielle Erkrankungen nachweist, liegt zu diesem Projekt bisher nicht vor.

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

Die Anzahl der Publikationen zum Handlungsfeld körperliche Aktivität ist – erwartungsgemäß – hoch. Hinzu kommt, dass sich hier, wie auch in anderen Bereichen, in den letzten Jahren der Trend durchgesetzt hat, Interventionen bzw. Maßnahmen in einer Intervention miteinander zu kombinieren. Daher ist das Ziel der Förderung körperlicher Aktivität nicht nur in alleinstehenden (Single-)Interventionen beschrieben, sondern auch Teil von kombinierten bzw. multimodalen Maßnahmen. Dabei bleibt unklar, welche Kombinationen empfehlenswert sind.<sup>12</sup> Generell kann auf Grundlage der vorhandenen

<sup>12</sup> Hierzu liegen derzeit noch keine eindeutigen Daten vor.

Literatur jedoch empfohlen werden, das Handlungsfeld körperliche Aktivität weiterhin im Präventionsleitfaden zu integrieren.

Anhand der Studienergebnisse lässt sich darüber hinaus ableiten:

Kurzzeitinterventionen (weniger als 12 Wochen) sind effizienter als längere Interventionen (Wöhl et al., 2017) (2-5).

Schwer und moderat kognitiv eingeschränkte Pflegebedürftige profitieren stärker von der Teilnahme an Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität als Pflegebedürftige mit leichten kognitiven Einschränkungen (Köppel, 2021) (2-1) (Wöhl et al., 2017) (2-5).

Vorgeschlagen wird, bei der Analyse von Bewegung oder Mobilität digitale Hilfsmittel zur Unterstützung einzusetzen. Damit wird zugleich ein Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität von sturzgefährdeten oder in der Bewegung eingeschränkten Menschen geleistet (Kleschnitzki, 2020) (4-5) (Lindera, 2021; Rabe et al., 2020) (1-7).

Interventionen, die die Bewegungsbiografie der Teilnehmenden thematisieren, biografische Anknüpfungspunkte beinhalten und in den Versorgungsalltag eingebunden werden können, steigern die Bereitschaft zur Teilnahme auch über einen längeren Zeitraum. (Gebhard & Mir, 2021) (3-3) (Lichtenauer, 2020) (4-8).

### 3.2 Prävention von Gewalt

Das Handlungsfeld Prävention von Gewalt in der Pflege ist mit neun relevanten Publikationen gemeinsam mit dem Handlungsfeld körperliche Aktivität am stärksten vertreten.

Der von Goergen & Sulmann (2020) (3-4) sowie von Goergen et al. (2020) (3-4) verfasste und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebene Studienbericht des Projektes „Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ konzentriert sich auf das Thema Gewalt zwischen Menschen mit Pflegebedarf. Die empirische Studie wurde von der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster und dem Zentrum für Qualität in der Pflege in Berlin durchgeführt. Methodisch kombinierte die Studie folgende Zugänge: eine schriftliche Befragung mit 1.326 im Bereich der Pflege, Betreuung und Versorgungstätigen Personen aus 73 Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, eine qualitative Interviewstudie in vier ausgewählten Heimen mit 56 Mitarbeiter:innen und 21 Bewohner:innen, zehn Expert:inneninterviews mit Menschen aus Bereichen der Gewaltprävention, Pflegewissenschaft und Beratungspraxis. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass die Konfrontation von Beschäftigten mit aggressivem Verhalten von Pflegebedürftigen weitverbreitet ist: 90 Prozent der Mitarbeiter:innen machte während ihrer Tätigkeit damit Erfahrungen. Für das Zustandekommen der zumeist verbalen Aggressionsereignisse sahen die Befragten Situationen als typisch an, in denen Bewohner:innen sich durch andere gestört fühlten, von einer Situation überfordert waren oder Streit hatten. Die Befragten bewerteten Weiterbildungen als wichtigste Strategie zur Vermeidung von Gewaltvorkommen. Die Interviews ergaben, dass aus Sicht der Bewohner:innen die Verletzung ihrer Privatsphäre der häufigste Anlass für Gewalt waren. Das Auftreten von aggressivem und grenzverletzendem Verhalten ist nicht allein auf die Gruppe der demenziell Erkrankten beschränkt. Die Expert:innen berichteten, dass die stationäre Pflege als Feld gilt, in



dem individuelle Problemlagen wie Krankheit, Behinderung und Hilfebedarf in sehr konzentrierter Form auf sehr engem Raum zusammentreffen, während insbesondere die personellen Ressourcen zur Bewältigung dieser Probleme unzureichend sind. Die größten Herausforderungen bestehen durch den Personalmangel und die vielfach allgemein geringe Qualifikation der Beschäftigten. Aus den Ergebnissen entwickelte das Projektteam Schulungsmaterial, welches frei zugänglich ist.<sup>13</sup>

**Abraham et al., (2019) (1-1)** entwickelten eine multikomponente, theoriebasierte Intervention zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen („physical restraints“) in Pflegeheimen. Dazu generierten sie eine Kurzschulung für das gesamte Personal, intensives Training für ausgewählte Pflegekräfte und führten das Prinzip der Beschränkung von freiheitsentziehenden Maßnahmen mit unterstützenden, theoretischen Materialien ein. In ihrer zwölf Monate andauernden Studie testeten sie das Training mit insgesamt 12.245 Pflegeheimbewohner:innen in 120 Pflegeheimen in vier Regionen in Deutschland (Hamburg, Schleswig-Holstein, Halle an der Saale und Witten) anhand einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Zwar sank das Vorkommen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen am Ende des Untersuchungszeitraums in der Interventionsgruppe leicht, dieses Ergebnis ist jedoch nicht statistisch signifikant. Für eine tatsächliche Senkung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen empfiehlt die Autorengruppe die Einführung von adäquaten politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen wie etwa das Verbot von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Die Literaturrecherche ergab weiterhin eine qualitative Studie aus dem Jahr 2019, die sich mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen und ihrer Rezeption bei Berufsbetreuenden, Angehörigen und Heimberäten befasst (**Nordhausen et al., 2019) (3-6)**. Die Autor:innen führten vier teilstrukturierte Einzelinterviews und vier Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 22 Personen durch und analysierten diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Das Ergebnis der Studie zeigt, dass, obwohl freiheitseinschränkende Maßnahmen aus fachlicher und ethischer Sicht abzulehnen sind, bei den meisten Befragten eine unkritische und unaufgeklärte Position gegenüber diesen zu verzeichnen ist und ihnen keine Alternativen bekannt waren. Aufgrund dieser Erkenntnisse empfehlen die Autor:innen, legale, formale und verwandtschaftliche Betreuungspersonen stärker als Zielgruppe bei Interventionen und Projekten zur Prävention von Gewalt wie freiheitseinschränkenden Maßnahmen einzubeziehen.

Auch **Siegel et al. (2018) (3-7)** untersuchten den Themenbereich Gewalt in der Pflege und analysierten in diesem Zusammenhang die Barrieren, die für den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis hinderlich sind. In 20 qualitativen Interviews mit Pflege- und Führungskräften stellten sie zum einen fest, dass bei ihnen keine gemeinsame Definition von Gewalt vorlag. Zum anderen bemerkten die Interviewteilnehmenden, dass in ihren Einrichtungen keine Richtlinien zu diesem Thema vorlagen. Auch werden Akte der Gewalt in der Regel nicht dokumentiert und sind so schwer vom Pflegepersonal zu identifizieren. Im Pflegealltag sind sie ein Tabu und werden vertuscht. Die Autor:innen vermuten, dass es daher in den Einrichtungen bisher weder eine klare Präventionsstrategie noch geeignete Fortbildungen für das Personal gegeben hat, um diese Situation zu verbessern.

Wie die Autoren **Dano & Sander (2021) (4-4)** berichten, entwickelten mehrere Hochschulen wie die Hochschule Fulda, die Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg und die Universität zu Köln von 2018 bis 2021 das Projekt PEKo (partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen). Die finanzielle Unterstützung für das Projekt übernimmt die Techniker Krankenkasse. Die Entwicklung des Konzepts lehnt sich stark an den partizipativen Ansatz an, das den Einbezug Betroffener (hier pflegenahes Personal) in den Vordergrund stellt. Damit sollen einerseits Mitarbeiter:innen der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen für den Begriff und die Bedeutung von Gewalt sensibilisiert werden. Andererseits

<sup>13</sup> Das Schulungsmaterial ist zu finden auf der Website: [www.pflege-gewalt.de](http://www.pflege-gewalt.de)

sollen Maßnahmen zur Vorbeugung von Gewalt unter Beteiligung des Personals entwickelt werden. 50 Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt nehmen insgesamt teil.

Durch das immense Interesse vieler Einrichtungen wird sich momentan um eine Verstärkung des Projektes bemüht. Dazu entsteht ein Handbuch. Weiterhin wird der PEKo-Ansatz in zwei Anschlussprojekten in Krankenhäusern und ambulanten Pflegeeinrichtungen seit Juni 2021 mit einer zweijährigen Laufzeit umgesetzt. Wissenschaftliche Evaluierungen zu dem Projekt sind derzeit in Arbeit.

Das Autor:innenteam **Freytag et al. (2021) (3-2)** führte eine telefonische Interviewstudie in 43 Einrichtungen mit 24 Einrichtungs- und 15 Pflegedienstleitungen sowie 28 Wohnbereichsleitungen und zehn Pflegefachpersonen durch, um zu erfassen, wie sich unter Pandemiebedingungen aus Sicht von Leitungspersonen das Gewaltgeschehen in der stationären Altenpflege entwickelte und wie sich Strategien zur Prävention von Gewalt veränderten. Das Projekt, über das die Befragungsrunde lief („HEICO“) wurde wesentlich aus der oben genannten PEKo-Projektgruppe initiiert. Die Ergebnisse der Studie sind: Die Maßnahmen wurden zum Schutz vor einer Covid-19-Infektion von den Interviewpartner:innen direkt mit Gewalt verbunden, da den Bewohner:innen dadurch soziale Teilhabe, körperliche Aktivität und auch therapeutische Betreuung verwehrt wurde. Ob sich das Gewaltgeschehen in den Einrichtungen verändert hat, wird jedoch widersprüchlich eingeschätzt. Zwar berichteten einige Leitungspersonen von einer erhöhten verbalen Gewalt gegenüber den Mitarbeiter:innen der Einrichtung, andere jedoch fanden, dass sich speziell demenziell veränderte Bewohner:innen während der Schutzmaßnahmen ruhiger verhielten. Insgesamt waren die Themen Gewalt und Gewaltprävention wenig präsent, weil die Aufmerksamkeit ganz auf die Umsetzung des Infektionsschutzes gerichtet war. Für die Zukunft wünschen sich die Autor:innen einheitlichere Regelungen, die den Lebens- und Wohnbedingungen in der stationären Altenpflege besser entsprechen, und dass Maßnahmen zum Infektionsschutz auch in ihrem Potenzial zur Erhöhung des Gewaltvorkommens evaluiert werden.

In einer schriftlichen standardisierten Befragung in zwölf stationären Altenpflegeeinrichtungen in Hessen und Nordrhein-Westfalen beschäftigten sich **Dom & Blättner (2021) (1-5)** mit Gewaltvorkommnissen in stationären Altenheimen. Die Heime wurden per Gelegenheitsstichprobe ausgewählt und telefonisch kontaktiert. Acht Einrichtungen hatten ein Konzept zum Umgang mit Gewalt, fünf davon beschrieben es als gelebte Praxis. Der Fragebogen, der zur Untersuchung verwendet wurde, basiert auf dem Befragungsinstrument *PEKo Assessment*. Die Ergebnisse beruhen auf 205 ausgefüllten Fragebögen. 88 Prozent der Teilnehmenden waren weiblich und 81 Prozent direkt an der Pflege beteiligt. Der Schwerpunkt ihrer Umfrage lag auf der Ansicht von Beschäftigten zu Gewaltbeobachtungen, -widerfahrnissen und -handlungen. Als Ergebnis stellten sie fest, dass 95,1 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal Gewalt zwischen Bewohner:innen beobachtet haben. Dazu gehört in erster Linie psychische Gewalt zwischen Bewohner:innen, körperliche Gewalt und sexualisierte Gewalt, Anschreien, Beschimpfungen und Beleidigungen, Herumkommandieren und Bedrohen. Weiterhin inkludiert diese Kategorie körperliche Gewalt, vor allem grobes Anfassen, absichtliches Rammen mit dem Rollator oder Rollstuhl, Bedrohen mit der Faust oder anderen Gegenständen sowie Bespucken, Kratzen oder Kneifen. 93,9 Prozent der Interviewpartner:innen gaben an, dass ihnen Gewalt von Bewohner:innen und 63,0 Prozent von Besucher:innen widerfahren ist. 87 Prozent der Befragten beobachteten Gewalt von Kolleg:innen gegenüber Bewohner:innen in Form von Herumkommandieren und ungerechtfertigten Beschuldigungen und 72 Prozent gaben an, selbst Gewalt gegenüber Bewohner:innen ausgeübt zu haben. Dazu gehört Vernachlässigung, psychische Gewalt, Freiheitsentzug und Bewohner:innen unangemessen lange auf pflegerische Handlungen, Essen oder Trinken warten zu lassen. Laut den Befragten wären folgende Maßnahmen zur Gewaltprävention sinnvoll: Behebung von Personalmangel, positive Gestaltung des Arbeitsklimas und die Einstellung von qualifizierten Führungskräften.

2020 startete in Bayern das in Kooperation von AGP Sozialforschung, der Hans-Weinberger-Akademie sowie der Hochschule München und von zahlreichen Kranken- und Pflegekassen geförderte, dreijährige Projekt „Pflege in Bayern – Gesund und gewaltfrei“ (El-Nawab, 2021, Klie & Heilbetz, 2021, Nebel & Götz, 2021) (4-6). Insgesamt beteiligen sich 1.079 Personen in 40 Pflegeeinrichtungen.

Besonders zwei Perspektiven stehen bei diesem Projekt im Mittelpunkt: zum einen die Gewalt gegen Bewohner:innen durch Pflegenden, aber auch untereinander und hinsichtlich dessen, was als strukturelle Gewalt verstanden wird. Zum anderen ist Gewalt gegen Pflegenden Gegenstand der Präventionsmaßnahmen. Durch das Aufzeigen von unterschiedlichen Dimensionen soll ein Bewusstsein dafür geweckt und die Teilnehmenden sensibilisiert werden. Der Schwerpunkt dieses Projektes liegt jedoch nicht in der Etablierung neuer Regularien, sondern in der Vermittlung von Handlungskompetenz. Dafür entstand auf der Basis einer internationalen Literaturrecherche ein Methodenkoffer, aus dem sich die Teilnehmenden bedienen sollen. Neben einem Rechts-Coaching ist die Begleitung durch Fachreferent:innen, eine Sensibilisierungsphase, eine Phase der Selbsteinschätzung und eine Erprobung von Deeskalationsstrategien geplant, eingebettet in den Organisationsentwicklungsprozess. Evaluert wird das Projekt mithilfe der Entwicklung von zwei Kohorten, die 2020 und 2021 mit dem Projekt beginnen.

Für einen Studienbericht des Zentrums für angewandte Pflege aus dem Jahre 2017 wurden 402 Pflegefachpersonen und -auszubildende aus unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen als Zufallsstichprobe mit einem eigens dafür entwickelten Fragebogen zu persönlichen Gewalterfahrungen in der Pflege, Angeboten zur Aufarbeitung und Prävention von Gewalt, Beurteilungen von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten und zur Selbsteinschätzung im Umgang mit Gewaltsituationen befragt (Weidner et al., 2017) (1-9). Als Ergebnis stellten die Autoren fest, dass Gewalterlebnisse zum Alltag von Pflegenden und Bewohner:innen gehören. So gab mindestens jede:r Zehnte an, in jüngerer Zeit Erfahrungen von Gewalt gegenüber Pflegenden gemacht zu haben, und jede:r Dritte Erfahrungen von gewalttätigen Maßnahmen gegenüber Pflegebedürftigen in der Einrichtung. Jedoch werden diese Ereignisse im Normalfall nicht systematisch erfasst und aufgearbeitet. Weiterhin existieren kaum entsprechende Bildungsangebote zum Erkennen von Frühsignalen oder zum Umgang mit Gewalt, obwohl ein großes Interesse seitens der (angehenden) Pflegekräfte existiert. Unterschiede fanden sich insbesondere im Vergleich zwischen den ausgebildeten Pflegefachkräften und den Auszubildenden. Letztere nehmen häufiger Gewaltsituationen im Pflegealltag wahr, fühlen sich sicherer beim Erkennen von Signalen, die Gewaltsituationen vorausgehen, und sind gleichzeitig unsicherer um Umgang mit Gewalt, speziell, wenn sie sich gegen Pflegebedürftige richtet.

### **Prävention von Gewalt in der internationalen Literatur**

Auch international ist das Bewusstsein für das Thema Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen groß.

Ein Review, das kürzlich die Prävalenz von Gewalt an zu pflegenden Personen in stationären Einrichtungen einschätzte, stellte trotz einer wahrscheinlich sehr ungenügenden Datenlage fest, dass die international am häufigsten auftretenden Formen von Gewalt psychologischer Missbrauch, gefolgt von physischen und finanziellem Missbrauch, Vernachlässigung und an letzter Stelle sexuellem Missbrauch ist (Yon et al., 2019). Die Studien stammen aus Ländern wie Tschechien, Slowenien, den USA und Israel.

Die Autor:innen Gallione et al. (2017) stellen mithilfe einer ausführlichen Literaturrecherche elf Instrumente zum Aufzeigen und zur Messung von Misshandlung älterer Menschen vor.

Diese richten sich in erster Linie an medizinisches Fachpersonal und nur in wenigen Fällen spezifisch an Pflegefachkräfte. Es handelt sich dabei hauptsächlich um kurze Beobachtungsfragebögen, die Bereiche wie Isolation, Unempfindlichkeit, Respektlosigkeit, Scham, Schuldzuweisungen, gemeldete Drohungen, Einschüchterung und andere Risikofaktoren einordnen und messen sollen. Nicht alle Instrumente wurden erfolgreich evaluiert und sind daher nicht diagnostisch einsetzbar. Trotzdem tragen sie zur Identifizierung der Faktoren bei, die mit der Entwicklung von Missbrauch an älteren Menschen zusammenhängen. Damit können sie frühzeitige Interventionen erleichtern. Keines dieser Tools kann jedoch explizit von den Autor:innen empfohlen werden, da diese nur auf Einzelkomponenten des komplexen Konstruktes der Gewalt abzielen.

**Baker et al. (2016)** legen eine Übersicht aktueller Studien zu Intervention zur Prävention von Missbrauch an Älteren, die in Institutionen leben, vor. Darunter verstehen die Autor:innen psychischen, physischen und sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung allgemein und die finanzielle Ausbeutung von Bewohner:innen.

Ihre Review-Analyse umfasst sieben Studien, die alle in sogenannten *high income countries* entstanden sind. Besonders vier Arten von Interventionen wurden in diesen Studien evaluiert: Erstens die Aufklärung der Bewohner:innen über Missbrauch, zweitens Programme zur Reduzierung von Faktoren, die die Misshandlung von älteren Menschen beeinflussen, drittens Programme zur Erhöhung der Aufdeckungsrate von Misshandlungen gegen ältere Menschen und viertens Programme für Opfer von Missbrauch.

Die einzige Intervention, die in diesem Sample eindeutig erfolgreich abschließt, ist eine Maßnahme, die sich an die öffentliche Aufklärung richtet und dazu führte, dass sich die Melderaten enorm erhöhen. Unklar ist an dieser Stelle jedoch, ob es sich kausal um eine Zunahme von Missbrauchshandlungen oder um eine stärker ausgeprägte Missbrauchsmeldung handelt. Auch der Einsatz von pädagogischen Interventionen mit dem Ziel, die Pflegenden zu sensibilisieren, zeigte zwar einige Verbesserungen im Alltag mit den Bewohner:innen, jedoch keine ausreichende, vertrauenswürdige Evidenz.

**Mileski et al. (2019)** untersuchten in einer qualitativen Analyse, welche Faktoren den Missbrauch von Bewohner:innen von Langzeitpflegeeinrichtungen mit Demenz hemmten und welche den Missbrauch förderten. Dazu inkludierten sie 30 internationale Artikel. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass bei der Bekämpfung von Missbrauch vor allem die Einführung von Richtlinien und Programmen, die Bildung und Fortbildung der Mitarbeiter:innen und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen hilfreich ist. Die am häufigsten genannten Hindernisse sind eine schlechte Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte, mangelnde Wissenschaftskommunikation und schlechte Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege. Besonders die Sensibilisierung der Personen in Leitungsfunktion in den Einrichtungen kann ein durchschlagender Faktor bei der Prävention von Missbrauch sein.

Das australische Autor:innen-Team um **Spelten et al. (2020)** untersuchte in einer groß angelegten Review-Studie die andere Seite der Medaille:

Gewalt, die von Patient:innen an Gesundheitspersonal verübt wird, und ihre Prävention. Zu diesem Zweck analysierten sie Interventionen, die mit randomisiert kontrollierten Studien oder Fallstudien evaluiert wurden. Die Maßnahmen sollten zum Ziel haben, verbale oder körperliche Aggressionen von Patient:innen oder deren Vertreter:innen gegenüber Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens an ihrem Arbeitsplatz zu minimieren.

Die Autor:innen konzentrierten sich dabei auf Interventionen auf Organisationsebene, also auf die Entwicklung von Programmen, Richtlinien und Arbeitspraktiken, die Gewalt am Arbeitsplatz verringern sollen. Dazu gehört die Entwicklung von Hilfe- oder Meldemöglichkeiten (z. B. Panikknöpfe und Dokumentationssysteme) ebenso wie die Vermeidung von personellen Engpässen und Transparenz gegenüber Bewohner:innen bezüglich der zu erhebenden Richtlinien.

Sieben Studien aus Pflegeheimen (4), psychiatrischen Abteilungen (2) und einer Notaufnahme wurden eingeschlossen. Insgesamt liegt laut den Autor:innen eine niedrige bis sehr niedrige Evidenz vor, dass Aggressionen tatsächlich durch die oben genannten Interventionen auf Organisationsebene verringert werden. Nur für die gleichzeitige Verwendung von mehr als einer aggressionsverhindernden Maßnahme ist eine Verbesserung der Situation zu bemerken. Die Grundvoraussetzung ist in jedem Fall eine Null-Toleranz-Politik der Einrichtung (siehe dazu auch **Schablon et al., 2018**).

Mit Blick auf die internationale Literatur lässt sich zusammenfassen: Prävention von Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen ist auch international gesehen ein stark diskutiertes Phänomen. Zwar gibt es einige Messinstrumente von Gewaltvorkommen bei älteren Menschen, jedoch sind diese bisher nicht validiert. Vielversprechende Maßnahmen sind in jedem Fall Instrumente zur Meldung und Dokumentation von Gewaltvorkommen, die Etablierung von Leit- und Richtlinien, Weiterbildungen für Mitarbeiter:innen und die Sensibilisierung für leitende Fachkräfte. Auch wenn diese Instrumente in ihrer Evaluation bisher kaum statistisch valide Ergebnisse zeigen, so verbessern sie in jedem Fall das subjektive Sicherheitsempfinden der Beschäftigten (**Ridenour et al., 2017**).

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

Anhand der vorliegenden Publikationen wird deutlich, dass das Thema Prävention von Gewalt derzeit in Fachzeitschriften sehr häufig thematisiert wird. Dabei handelt es sich zum Teil um das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) und den Umgang in stationären Pflegeeinrichtungen mit FEM (**Abraham et al., 2019**) (1-1) (**Nordhausen et al., 2019**) (3-6). Mehrere Autor:innen (**Eggert & Suhr, 2022; Goergen & Sulmann, 2020; Huhn, 2018; Weidner et al., 2017**) (3-4, 6-3) attestieren, dass das Thema Gewalt so allgegenwärtig ist, dass fast jede:r Mitarbeiter:in davon betroffen ist. Während der Covid-19-Pandemie hat sich dieser Trend wahrscheinlich noch einmal verstärkt (**Freytag et al., 2021**) (3-2). Schulungen für Mitarbeiter:innen zur Entwicklung von Sensibilität für das Thema scheinen aus ihrer Perspektive notwendig. Der Fachkräfte- und Personalmangel wird als hinderlicher Einflussfaktor bei der Umsetzung der hier vorgeschlagenen Maßnahmen wahrgenommen. Eine vom ZQP (**Eggert, Schnapp & Sulmann, 2017**) durchgeführte Umfrage bestätigt, dass Gewalt in der Pflege und vor allem freiheitsentziehende Maßnahmen alltägliche Herausforderung für Pflegefachpersonen darstellen. Das Thema wird jedoch in der Ausbildung von Pflegefachpersonen, aber auch in Fortbildungen für Mitarbeiter:innen in Pflegeeinrichtungen nach wie vor zu wenig adressiert und ist kein grundsätzlicher Bestandteil von einrichtungsspezifischem Qualitätsmanagement und Fehlerberichtssystemen (**Geisler F., 2017; Siegel et al., 2018**) (6-1, 3-7). Problematisch sind zudem fehlende Mess- und Dokumentationssysteme von Gewaltvorkommnissen (**Gallione et al., 2017**) und fehlende institutionelle Richtlinien (**Schablon et al., 2018**).

Um das Thema Gewaltprävention über den Ansatz von FEM hinaus zu thematisieren, empfiehlt sich eventuell ein Ansatz aus der psychiatrischen Versorgung (**Nienaber, 2019**) (6-5). Das Safeward-Modell wurde als Intervention zur Identifikation von Ursprungssituationen von Gewalt entwickelt und wird daher eingesetzt, um in Konfliktsituationen zur Prävention und Vermeidung von Gewalt beizutragen. Eine Übertragbarkeit des Modells auf den Bereich der stationären Langzeitversorgung und seine Testung stehen noch aus.

Auch eine interviewte Expertin sieht einen hohen Handlungsbedarf beim Thema Prävention von Gewalt, da diesem Bereich nach wie vor Tabuisierungen unterliegen und bisherige Ansätze, die überwiegend auf der Basis von Fortbildungsveranstaltungen entwickelt wurden, der Brisanz nicht gerecht werden. Ihrer Meinung nach liegt eine Herausforderung darin, externe auf dieses Thema spezialisierte Dienstleister zu gewinnen, da viele von ihnen über Expertise im Schul- und Suchtbereich verfügen, aber nicht im Setting stationäre Langzeitversorgung.

Deutlich wird, dass das Thema national zwar viel Aufmerksamkeit erhält, aber für diesen Zweck generierte Interventionen bisher zu wenig beforscht wurden. Abzuwarten bleibt, welche Erkenntnisse in aktuell laufenden nationalen und internationalen Forschungsprojekten gewonnen werden, um die Maßnahmen zu identifizieren, die in diesem Bereich am effektivsten sind.

### 3.3 Kognitive Ressourcen

Zum Handlungsfeld kognitive Ressourcen liegen drei Übersichtsarbeiten vor.

Eine systematische Übersichtsarbeit von **(Wöhl et al., 2020) (2-6)** untersucht, welche Interventionen bei Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, am wirksamsten ihre kognitiven Ressourcen stärken. Als stationäre Pflegeeinrichtung werden hier Pflegeheime definiert, in denen überwiegend ältere oder hochaltrige Menschen aufgrund dauerhafter Gesundheits- und Funktionseinbußen vollstationär versorgt werden. Zur Auswertung und Bewertung der identifizierten Studien nutzen die Autor:innen eine Netzwerkanalyse. Hierfür schlossen sie 29 aktuelle, internationale Studien (cRCT, RCT und CCT) ein, in denen Pflegebedürftige mit und ohne demenzielle Erkrankungen in Einrichtungen der stationären LZV teilnahmen. Die meisten Studien wurden in Deutschland (4 Studien), China (3 Studien), Frankreich (3 Studien) und Italien (3 Studien) durchgeführt.

Die meisten der einbezogenen Studien benutzten MMST-Werte als Vergleichsinstrumente. Bei den Interventionen handelte es sich entweder um Angebote zur Förderung der körperlichen oder kognitiven Ressourcen oder eine Kombination aus beiden. Die Ergebnisse der Studie können folgendermaßen zusammengefasst werden: Maßnahmen im Bereich körperliche Aktivität stärkten statistisch signifikant die kognitiven Ressourcen in höherem Maße als die übliche Versorgung. Die Effekte von körperlicher und kognitiver Aktivität auf die kognitiven Ressourcen unterscheiden sich statistisch nicht signifikant miteinander. Zudem zeigten weder körperliche noch kognitive Aktivität im Vergleich mit sozialen Aktivitäten statistisch signifikant bessere kognitive Ressourcen bei stationär Pflegebedürftigen. Auch im Vergleich zu sozialen Aktivitäten zeigen sich keine besseren kognitiven Effekte. Dies bedeutet, dass sich die Aktivitäten nach der derzeitigen Datenlage mit einer insgesamt niedrigen Evidenzgüte in ihrer Auswirkung auf die kognitiven Ressourcen qualitativ nicht stark unterscheiden.

Auch **(Langner et al., 2019) (2-2)** widmeten sich dem Handlungsfeld der Stärkung der kognitiven Ressourcen. Ähnlich wie bei der Studie von **Wöhl et al. (2020) (2-6)** identifizierte die Autor:innen-gruppe 23 internationale systematische Übersichtsarbeiten mit insgesamt 43 RCTs mithilfe einer systematischen Literaturrecherche. Die Qualität der Evidenz bestimmten die Autor:innen mit dem GRADE-Ansatz. Als Ergebnis stellten sie fest, dass in den identifizierten Studien eine große Heterogenität sowohl an stimulierenden als auch an körperlich-aktivierenden Maßnahmen vorherrscht: Insgesamt wurden neun unterschiedliche Interventionen identifiziert. Jedoch wiesen

diese generell aufgrund der methodischen Qualität eine sehr limitierende Evidenz auf, ohne klare Aussagen zur Wirksamkeit der Interventionen auf die kognitiven Ressourcen der Teilnehmenden. Drei Interventionen geben am ehesten Hinweise zur Stärkung kognitiver Ressourcen bei pflegebedürftigen Menschen: zum einen der Ansatz von kognitiver Simulation. Aktivitäten, die in diesen Bereich fallen, sollen zu einer generellen Verbesserung von kognitiven und sozialen Fähigkeiten beitragen. Dazu gehören Gespräche über vergangene und gegenwärtige Ereignisse sowie Übungen zur Orientierung. Vermutlich können diese bei Menschen mit einer leichten bis moderaten Demenz am ehesten eine Verzögerung des Fortschreitens erreichen. Die zweite Gruppe von Aktivitäten, die wahrscheinlich den größten Nutzen haben, beziehen sich auf solche mit reminiscentem Charakter. Hier wird mittels strukturierter Vorgehens die Biografie eines Menschen in den Mittelpunkt gerückt. Durch Fotografien oder Gegenstände wird bei diesem Verfahren die Erinnerung an bestimmte Lebensereignisse stimuliert. Die dritte Aktivitätsgruppe, die nach dieser Datenlage Effekte zur Stärkung kognitiver Ressourcen zeigt, ist die körperliche Aktivierung. Hauptkomponenten dieses Trainings waren verschiedene Bewegungsübungen, in denen Fähigkeiten wie Geschicklichkeit, Kraft, Kondition oder Körperbalance geübt und eingesetzt werden. Zu diesem Thema fanden sich die meisten Übersichtsarbeiten. Als Ergebnis stellten die Autor:innen fest, dass für Menschen ohne oder mit leichten kognitiven Einschränkungen körperliches Training keine oder nur geringe Auswirkungen auf deren kognitive Funktion hat. Für Menschen mit Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen kann körperliches Training jedoch geringfügig positive Auswirkungen auf kognitive Funktionen haben. In Bereich der Intervention zur kognitiven Stimulation fällt auf, dass die ausgeprägte Heterogenität der Interventionen eine Vergleichbarkeit erschwert.

**Yorozuya et al. (2019) (2-7)** untersuchen in ihrer systematischen Review multimodale Interventionsprogramme zur Stärkung der Kognition bei älteren Menschen mit Demenz, die in Pflegeheimen leben. Dazu leisteten sie eine systematische Literaturrecherche für die Jahre 2008 bis 2018 in den einschlägigen Datenbanken. In die Analyse wurden schließlich sechs randomisierte Studien (RCT) und eine nicht randomisierte Studie eingeschlossen. Die Studien sind aus Deutschland (2), den Niederlanden (3), Italien, Frankreich (Korsika) und Korea und stammen aus insgesamt 31 Pflegeeinrichtungen (n=221). Die Inhalte der multimodalen Interventionsprogramme bestehen aus Kombinationsübungen der Bereiche körperliche Aktivität, Reminiszenz, Kunst, Gartenbau, kognitives Training, Aktivitäten des täglichen Lebens, Neurorehabilitation, Spiritualität, Rekreation, Lachen und Handarbeit. Als Ergebnisse der systematischen Analyse stellen die Autor:innen fest, dass Kognitionsleistung besonders von Bewegungs- und Kognitionstraining, Aktivitäten des täglichen Lebens und spirituellen Elementen profitiert. Diese sollten für den bestmöglichen Effekt mindestens dreimal wöchentlich, acht Wochen lang und mindestens 30 Minuten pro Einheit stattfinden.

### **Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse**

Für das Handlungsfeld Stärkung kognitiver Ressourcen kann auf der Grundlage von drei Übersichtsarbeiten zusammengefasst werden, dass sich die Maßnahmen (nach der derzeitigen Datenlage mit einer insgesamt eher niedrigen Evidenzgüte) qualitativ nicht stark unterscheiden (**Langner et al., 2019) (2-2)**). Die stärksten Hinweise für positive Effekte auf die Förderung und Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Pflegeheimbewohner:innen ergeben sich durch körperliche Aktivierung (**Wöhl et al., 2020) (2-6)**) (**Yorozuya et al., 2019) (2-7)**) und, in gleichem Ausmaß, durch Gespräche oder Übungseinheiten über vergangene, biografische Lebensereignisse (**Langner et al., 2019) (2-2)**) (**Yorozuya et al., 2019) (2-7)**). Eine strukturierte Verknüpfung an das Handlungsfeld körperliche Aktivität erscheint unter diesen Umständen sinnvoll.

### 3.4 Psychosoziale Gesundheit

Zwei Übersichtsarbeiten und zwei Projektberichte adressieren das Thema Förderung psychosozialer Gesundheit.

Eine systematische Übersicht der Autorinnen **Richter et al. (2018) (2-4)** beschäftigt sich mit der Frage der Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen in der stationären Altenpflege zur Verbesserung der psychischen Gesundheit Pflegebedürftiger. Durch eine systematische Literaturrecherche identifizierten sie sieben internationale Studien aus den Jahren 2006 bis 2011 mit drei verschiedenen Interventionsarten: Aktivierung von Erinnerungen, Freizeitaktivitäten und Förderung sozialer Teilhabe. Mithilfe des GRADE-Ansatzes wurde die methodische Gesamtgüte der eingeschlossenen Studien als überwiegend niedrig eingestuft. Insgesamt wiesen die Interventionen kaum positive Effekte auf die psychische Gesundheit im Vergleich zur üblichen Versorgung bzw. der Kontrollgruppe auf. Dies liegt laut den Autorinnen an der hohen konzeptionellen Unklarheit in den Studien darüber, was psychische Gesundheit und geeignete Interventionen zur universellen oder selektiven Prävention in der stationären Pflege sein können und wie sie – differenziert für Pflegebedürftige mit unterschiedlichem Ausmaß kognitiver Veränderungen – sinnvoll zu bemessen sind. Das Ausbleiben der oben genannten Interventionen jedoch führte zur Verschlechterung depressiver Symptome bei Bewohner:innen mit Demenz. Die zitierten Studien wiesen eine große Heterogenität an Messinstrumenten auf, am häufigsten wurden der *Geriatric Depressive Scale* (GDS) in der Lang- oder Kurzversion, der *Life Satisfaction Index-A* (LSI-A), der *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale* (QoL-AD) und der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) eingesetzt. Damit kann zumindest von einer Stabilisierung der Schwere der depressiven Symptome durch die Interventionen ausgegangen werden.

Auch die Autor:innengruppe um **Nordhausen et al. (2019) (2-3)** legt eine systematische, aktuelle Übersicht und Analyse von Interventionen und Interventionskomponenten zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Dazu wurden 27 internationale Übersichtsarbeiten herangezogen. Mit dem GRADE-Ansatz befanden die Autor:innen die Evidenzgüte aller Studien insgesamt als niedrig. Die Autor:innen identifizierten 17 Interventionen, die zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit herangezogen werden, mehrheitlich für Bewohner:innen mit Demenz. Die besten Hinweise für positive Effekte ergaben sich bei den folgenden vier Interventionen: zum einen Reminiszenz, bei der es sich um eine Form der Erinnerungsarbeit handelt mit den Schwerpunkten des Aufgreifens, Auffrischens und der Beschäftigung mit Erinnerungen, Interessen und Neigungen. Aus neun Übersichtsarbeiten, die sich mit dieser Intervention beschäftigen, konnten folgende Erkenntnisse extrahiert werden: Reminiszenz kann Zielgrößen wie Depressionen, generelles Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Verhaltenskompetenz bei Heimbewohner:innen ohne und mit kognitiven Einschränkungen verbessern. Weiterhin sorgen Interventionen zur Mahlzeitengestaltung – also Maßnahmen, die die Anpassung von Mahlzeiten in einem familienähnlichen Sinn als Hauptkomponente beinhalten – als Gruppenintervention über sechs Monate für gute Effekte. Diese Intervention reduziert die Verschlechterung der generellen Lebensqualität. Musiktherapie als dritte wirkungsvolle Intervention wurde als Anwendung von Musik und/oder ihren Elementen, entweder passiver oder aktiver Natur, untersucht. Darunter fällt unter anderem Singen und Tanzen. Sechs Studien untersuchten die Wirksamkeit dieser Interventionen, die zwischen zehn Minuten und mehreren Stunden dauerten, bei einem Gesamtzeitraum von zwischen sechs und 16 Wochen. Musik kann in Verbindung mit Tanzen bei depressiven Heimbewohner:innen ohne kognitive Einschränkungen zu einer Verbesserung der Symptomatik führen. Aktive und passive Musikinterventionen können bei Menschen mit Demenz herausforderndes Verhalten reduzieren. Die vierte Intervention umfasst spezielle Personalschulungen, in denen Pflegenden in allgemeinen Aspekten ihrer Arbeit geschult werden. Dazu untersuchten die Autor:innen 14 Übersichtsarbeiten und stellten fest, dass Schulungen hinsichtlich des Erkennens von Depressionen bei Bewohner:innen ohne kognitive Einschränkungen die Häufigkeit von Depressionen verringern kann. Im Umgang mit Bewohner:innen mit Demenzerkrankungen können durch Personalschulungen Aspekte der psychosozialen Gesundheit wie herausforderndes



Verhalten oder Lebensqualität verbessert werden. Jedoch sind Personalschulungen allein häufig nicht ausreichend: Um das Gelernte in den Alltag zu übertragen, braucht es laut den Autor:innen eine Praxisbegleitung.

Die folgende Studie befindet sich im Grenzbereich der Aufnahmekriterien der vorliegenden Analyse, da sie im geriatrischen Akutbereich umgesetzt wurde. Das Märchenerzählen als psychosoziale Intervention wird derzeit jedoch auch mehrfach im Setting der stationären, pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland durchgeführt, wodurch die Ergebnisse der Studie von **Berger (2018) (4-3)** an Relevanz gewinnen: Im Januar 2018 erschien der Abschlussbericht zur Pilotstudie zur Wirkung von professionellem, regelmäßigem und strukturiertem Märchenerzählen auf Patient:innen sowie Pflege- und Betreuungspersonal im Akutkrankenhaus (**Berger, 2018) (4-3)**. Das Deutsche Zentrum für Märchenkultur führte in diesem Rahmen unter der Beteiligung des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie des Albertinen Hauses Hamburg für Menschen mit Demenz in einer geriatrischen Station eine Studie durch. Ziel war herauszufinden, inwiefern Märchenerzählen eine wirksame präventive Maßnahme mit einem nachweislichen Effekt auf das Pflegepersonal und Personen mit Demenz hat. Die hier vorgestellte Pilotstudie war qualitativ und handlungsorientiert angelegt und wurde mithilfe von Interviews, Beobachtungen, Fragebögen und Workshops evaluiert. Sie war in zwei Projektphasen unterteilt: In Projektphase 1 werteten 56 Prozent der befragten 18 Pflegekräfte die unmittelbare Reaktion der Patient:innen als zustimmend. 44 Prozent gaben an, dass die Reaktion der Patient:innen auch nach der Märchenstunde als zustimmend wahrgenommen wurde. In der zweiten Projektphase werteten 54 Prozent der 13 befragten Pflegekräfte die Reaktion der Patient:innen, die an der Märchenstunde teilgenommen haben, als positiv. Die soziale Interaktion wurde insofern gefördert, als dass die Patient:innen im Nachhinein über die Erfahrung berichteten. Kindheitserinnerungen wurden geweckt und die Stimmung auf der Station verbesserte sich. Auch die Pflegekräfte, die zwar mehrheitlich von der Maßnahme nicht überzeugt waren, gaben an, dass sich die Patient:innen danach ausgeglichener und ansprechbarer verhielten. Eine Herausforderung während der Projektlaufzeit bleibt die Integration der Maßnahme in die medizinischen Abläufe auf der Station. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die stationäre Langzeitversorgung ist noch zu prüfen.

Das Autor:innenteam **Altgeld et al. (2019) (4-1)** beschreibt in seiner Publikation den Prozess der Projektoperationalisierung von „Gesundheitsförderung für Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen“. Dieses zweijährige Projekt (2017–2019) hatte zum Ziel, bedürfnisorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Bewohner:innen umzusetzen. Es wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AfS) in Kooperation mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. unter der Gesamtförderung der BARMER Niedersachsen/Bremen umgesetzt.

Teilnehmende Einrichtungen wurden durch ein Bewerbungsverfahren in den Städten Hannover und Hildesheim rekrutiert. Vor der Umsetzung von Maßnahmen fand in jeder Pflegeeinrichtung eine ausführliche Bedarfs- und Ressourcenanalyse statt, bei der partizipative Fokusgruppen und Projektwerkstätten in den Einrichtungen durchgeführt wurden. Als Ergebnis entwickelten die Initiator:innen unter anderem Projekte zum Thema psychosoziale Gesundheit (darunter Einkaufsnachmittage und ein Mitmachbuch), eine Tanzveranstaltung, ein Gartenprojekt, ein Projekt zur Mobilität im Stadtbezirk, Patenschaften für neue Bewohner:innen und Schulungen von Mitarbeiter:innen für bewegungsfördernde Aktivitäten. Aspekte wie Selbstbestimmung, Tagesgestaltung und Struktur, Draußensein, Informiertsein, professionelle Betreuung sowie das Thema Schlaf wurden als weitere wichtige Bereiche identifiziert, die das Wohlbefinden und die Gesundheit von Bewohner:innen fördern. Auffällig an den Ergebnissen der Befragung ist, dass weder die Bewohner:innen und Angehörigen noch die Beschäftigten einen Bedarf für gesundheitsfördernde Maßnahmen zum Thema Prävention von Gewalt benennen. Dies führen die Autor:innen auf die Tabuisierung des Themenbereichs zurück.

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

Derzeit existieren zwar einige Erkenntnisse aus internationalen Untersuchungen zum Thema psychosoziale Gesundheit. Diese zeigen den möglichen Nutzen von reminiszenten Interventionen, Interventionen zur Mahlzeitengestaltung und Musiktherapie, halten jedoch nicht der wissenschaftlichen Prüfungsstand (**Nordhausen et al., 2019**) (2-3), (**Richter et al., 2018**) (2-4), (**Berger, 2018**) (4-3). In Deutschland findet die Evaluierung psychosozialer Gesundheit bisher nur im Rahmen von Kombinationsprogrammen statt. Daher fällt eine Abgrenzung zu anderen Handlungsfeldern schwer. Weiterhin ist im Bereich psychosoziale Gesundheit bei einer depressiven Symptomatik durch Interventionen hauptsächlich mit einer Stabilisierung zu rechnen, nicht jedoch mit einer Verbesserung (**Diegelmann et al., 2018**) (1-4) (**Richter et al., 2018**) (2-4).

Insgesamt liegen aufgrund der konzeptionellen Schwierigkeiten wenig überzeugende Messinstrumente für psychosoziales Wohlbefinden vor (**Langner, 2019**) (2-2), (**Jansen & Horn, 2022**).

Zu empfehlen ist, einen Fokus auf die Förderung von Kombinationsinterventionen aus den drei genannten Handlungsfeldern zu setzen. Die darauffolgenden wissenschaftlichen Evaluationen können ein Licht auf die Wechselwirkungen von Interventionskombinationen werfen.

## 3.5 Ernährung

In Deutschland und im deutschsprachigen Raum fanden sich zum Thema Ernährungsinterventionen keine aktuellen Publikationen (mit Ausnahme der Projektbeschreibung zu POLKA (**Kraaibeek, 2021**) (4-2)).

### Ernährung in der internationalen Literatur

Daher wurde die Recherche auf den internationalen Bereich erweitert, doch auch diese ergab nur sehr wenige Anschläge für Einzelinterventionen und wenige Reviews, die sich dem Thema Ernährung im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege widmen.

Die relevanten Studien beschäftigen sich hauptsächlich mit drei Themen. Erstens gibt es Studien, die sich der Bedeutung des Themas Ernährung im Sinne von Mahlzeitengestaltung und sozialer Teilhabe in Pflegeeinrichtungen widmen. Beispielhaft sei hier eine britische Studie von **Murphy et al. (2017)** erwähnt: Nach der Durchführung von neun Fokusgruppen und fünf Interviews mit Mitarbeiter:innen einer stationären Pflegeeinrichtung, stellen die Autor:innen fest, dass personenzentrierte Pflege nur bei der Erfüllung bestimmter Aspekte funktionieren kann. Dabei handelt es sich um das soziale Verhältnis zu anderen beim Essen, die Art der Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten, die Essensumgebung insgesamt und die Bereitstellung von Informationen zum Thema Essen.

Zweitens ist das Themenfeld Ernährung zumeist kombiniert mit anderen Interventionen untersucht worden.

Zu nennen ist hier eine schwedische Studie von **Karlsson et al. (2021)**. Sie untersuchte die Wirkung einer zwölfwöchigen Ernährungs- und Bewegungsintervention, bei einer Gruppe von 52 an

Demenz erkrankten Bewohner:innen einer stationären Pflegeeinrichtung. Aufstehübungen und proteinreiche Nahrungsergänzungsmittel sollten die sogenannte Stuhl-Steh-Kapazität (durch einen *Chair Stand Test*) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbessern. Als Ergebnis stellen die Autor:innen fest, dass die Teilnehmenden der Studie ihre Gesundheit nach zwölf Wochen Teilnahme besser einschätzten. Weiterhin profitierten diejenigen Teilnehmenden am meisten von der Intervention, die sich am ehesten an die damit verbundene Nahrungsumstellung hielten.

Die dritte Studienrichtung, die sich mit dem Thema Ernährung in Pflegeeinrichtungen beschäftigt, fokussiert auf Strategien zur Anreicherung von Mikronährstoffen mit dem Ziel, Gebrechlichkeit (*frailty*) hinauszuzögern oder zu verhindern. Als Beispiel kann ein Review aus Spanien, das sich auf Nahrungsergänzungsmittel konzentriert, herangezogen werden (**Hernández Morante et al., 2019**). Das Autor:innenteam gelangt zu dem Fazit, dass der Effekt der allermeisten in den Studien getesteten Nährstoffe auf die Krankheitsentwicklung gering ist.

Auch ein kanadisches Review, das den Ansatz verfolgt, zu untersuchen, welche Nahrungsergänzungsmittel Mangelernährung bei Heimbewohner:innen am ehesten vorbeugen, kommt zu dem Ergebnis, dass die klinischen Ergebnisse und die Studienqualität insgesamt zu schwach sind, um eine tatsächliche Aussage über die Effektivität dieser Maßnahmen treffen zu können (**Lam et al., 2016**).

Neben den oben genannten drei Kategorien, erwähnt ein kanadisches narratives Review (**Agarwal et al., 2016**) im Zusammenhang mit Ernährungsinterventionen noch die Kategorie der therapeutischen Mahlzeiten als Intervention – eine restriktive Form der Ernährungsumstellung, die am ehesten bei Bewohner:innen eingesetzt wird, die an Diabetes oder kardiovaskulären Erkrankungen leiden.

In allen drei Arten von Studien ist die Herausforderung zentral, eine Intervention zu evaluieren, die sich um die Verbesserung der Ernährung bemüht. Wie **Moick et al. (2020)** bei ihrer Untersuchung von Qualitätsindikatoren von Ernährungsinterventionen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zeigen, gibt es nur einen geringen Konsens der „internationalen Ernährungsgemeinschaft“ darüber, wie die Qualität der Ernährungsversorgung am besten bewertet und gemessen werden kann.

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

Das Handlungsfeld Ernährung konnte in der Literatur nicht als präsenes Thema identifiziert werden.

Wie die auch auf den internationalen Raum ausgeweitete Recherche ergab, wird eine Intervention zur Förderung von gesunder Ernährung als Einzelmaßnahme auch hier höchst selten konzipiert und evaluiert. Ernährung wird zumeist als Element sozialer Teilhabe verstanden, als Teil von kombinierten Maßnahmen (hauptsächlich in Verbindung mit der Förderung körperlicher Aktivität) implementiert oder in Verbindung mit der Gabe von Nahrungsergänzungsmitteln untersucht. Ein derzeit in Deutschland sich im Aufbau befindendes Projekt plant Maßnahmen, die die Ernährung von Pflegefachkräften in Kombination mit Bewegungsangeboten unterstützen soll (**Kraaibeek, 2021**) (4-2). Hierfür liegt jedoch noch keine wissenschaftliche Auswertung vor. Befragte Expert:innen benennen folgende Gründe für dieses Phänomen: Das Handlungsfeld Ernährung wird in den Einrichtungen häufig mit Maßnahmen bedient, die zum Wohlbefinden der Heimbewohner:innen beitragen sollen. Pflegebedürftige möchten lieber das essen, woran sie

sich erinnern, und nicht, was aktuell unter gesunder Ernährung verstanden wird. Als Bedarf wird nicht eine ausgewogene Ernährung wahrgenommen, sondern ein angenehmes Erlebnis oder eine angenehme Erinnerung, die mit Essen verbunden ist, auch um größere Gewichtsabnahme oder Mangel- oder Fehlernährung zu vermeiden. Eine Modifizierung von Ernährung im hohen Alter ist aus diesen Gründen eine „*fast unüberwindbare Aufgabe*“. Eine Interviewpartnerin war der Ansicht, dass in den Institutionen zum Thema Ernährung seit den 2000ern bereits sehr viel im Alltag geleistet wird – auch im Rahmen des Expertenstandards Ernährung, sodass es hier keiner weiteren Maßnahmen bedarf. Eine weitere Expertin weist darauf hin, dass mit dem Thema Ernährung auch das Thema Medikamentengabe, insbesondere die Gabe von Psychopharmaka, verbunden ist und eine gesunde Ernährung nicht losgelöst davon betrachtet werden sollte.

Zu diskutieren ist, ob das Handlungsfeld Ernährung zukünftig weiterhin in dieser Form aufgenommen werden sollte und welche Empfehlungen für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen notwendig sind. Eine Kombination mit dem Handlungsfeld körperliche Aktivität oder psychosoziale Gesundheit ist denkbar – bei letzterem vor allem dann, wenn sich Ernährung auch auf den Bereich der sozialen Teilhabe bezieht.

### **3.6 Kombinierte Maßnahmen (aus den Handlungsfeldern körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen und Förderung psychosozialer Gesundheit)**

Unter den zur Analyse eingeschlossenen Studien, konnten drei identifiziert werden, die kombinierte Maßnahmen untersuchten und bei denen eine hohe Wirksamkeit der Interventionen nachgewiesen werden konnte. Weiterhin erfolgt in diesem Unterkapitel die Darstellung zweier Projektberichte.

Ein Beispiel für einen Kombinationsansatz, der speziell für Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Tagespflegeeinrichtungen entwickelt wurde, ist die DeTaMAKS-Therapie (Demenz-Tagespflege-MAKS) (Straubmeier et al., 2017) (1-8). Diese basiert auf der Mehrkomponententherapie MAKS, die in der Vergangenheit bereits in stationären Pflegeeinrichtungen sehr gute Erfolge gezeigt hat (Gräßel, 2017).

Sie besteht aus einer zweistündigen Trainingseinheit, in der folgende vier Fähigkeiten gefördert werden: motorische durch Bewegungsübungen, Förderung der Sinneswahrnehmung, des Gleichgewichtsinns und der Beweglichkeit. Dies geschieht z. B. durch Lockerungsübungen, Sing- oder Tanzspiele. Alltagspraktische Fähigkeiten dienen zur Förderung des Selbstwert- und Kompetenzerlebens und können z. B. Aktivitäten aus dem Haushalt oder Handwerk darstellen. Kognitive Fähigkeiten werden durch Papier- und Bleistiftübungen begünstigt, in denen das Merken, Wiedererkennen und Assoziieren geübt werden soll. Durch Rituale, Austauschrunden und gemeinsame Meditation werden soziale Fähigkeiten gefördert.

In der hier dargestellten Studie wurde das Kombinationstraining über sechs Monate in einer Gruppe von Tagesheimbesucher:innen durchgeführt und die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe verglichen, die nur die übliche Versorgung erhielt. Als Messinstrumente verwendete das Projektteam vor allem drei Fragebögen: den „Montreal Cognitive Assessment“ (MoCA), den „Mini-Mental Status Test“ (MMST) und den „Erlangen Test of Activities of Daily Living in Persons with Mild Dementia or Mild Cognitive Impairment“ (ETAM) für die Erfassung der alltagspraktischen Leistungs-

fähigkeit. Die Ergebnisse zeigen eine statistisch signifikante Stabilisierung der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten in der Gruppe, in der die Intervention eingesetzt wurde. Bei einer nicht kausalen Therapie wie dieser kann laut dem Projektteam keine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit erwartet werden und die hier erhaltene Stabilisierung gilt als realistisches und optimales Therapieziel.

Die GRADE-Bewertung der Evidenzgüte ist hoch, das bedeutet, es handelt sich tatsächlich um eine evidenzbasierte und damit wirkungsvolle Intervention.

In dem Modellprojekt PROCARE **Bischoff et al. (2018)**, **Bischoff et al. (2021)**, **Cordes et al. (2019) (1-2, 1-3)** entwickelte eine Arbeitsgruppe bedarfsgerechte Maßnahmen zur Prävention für Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen von 48 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Dabei handelt es sich um ein multikomponentes Training, dessen Planung und Konzeption der Partizipation aller Beteiligten zugrunde liegt. Ziel ist es, physische Aktivitäten und kognitive Ressourcen sowie die psychosoziale Gesundheit von pflegebedürftigen Menschen zu verbessern. Bisher liegen erst Teilergebnisse des Projektes mit 24 Bewohner:innen vor. Als Messinstrument verwendeten die Projektmitarbeiter:innen den *Short Physical Performance Battery (SPPB)*, mit dem physische und funktionelle Fähigkeiten gemessen werden. Mithilfe von Übungen zur Balance, Ausdauer und physischen Stärke konnten klinisch relevante Verbesserungen bei den körperlichen Funktionen und dem psychosozialen Wohlbefinden festgestellt werden. Zudem erfolgte ein genereller Anstieg in der Lebenszufriedenheit. Diese Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht betrachtet werden, da das Sample als sehr klein anzusehen ist. Ergebnisse zur Gesundheitsförderung von Mitarbeiter:innen stehen bisher noch aus.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ ist ein standardisiertes multidimensionales Programm für pflegebedürftige Menschen zur Bewegungsförderung. In einer Studie dazu untersuchte eine Autor:innengruppe (**Ralf et al., 2019) (4-9)** und **Krupp et al. (2019) (1-6)**, welche Veränderungen der Selbsthilfefähigkeiten von Pflegebedürftigen durch das Programm zu erwarten sind. Konkret untersucht wurden Effekte in den Bereichen Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Koordination, Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer und Kognition bei Teilnehmenden (Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen). 255 Proband:innen nahmen im Laufe eines Jahres zweimal die Woche jeweils 60 Minuten lang an den Bewegungsübungen des Programmes teil.

Verschiedene Messinstrumente kamen zum Einsatz, z. B. der Six-Item Screener (Kognition) und der Zwei-Minuten-Stufentest (Ausdauer).

In allen untersuchten Dimensionen konnten Effekte nachgewiesen werden, allerdings mit Unterschieden, was die Stärke und den Zeitpunkt des Maximaleffektes angeht. Die präventiven Effekte der Intervention können nur durch eine fortgesetzte Teilnahme optimal erhalten werden, deswegen sollte das Programm über einen langen Zeitraum durchgeführt werden.

Ein aktuelles Beispiel für ein Projekt, das auch die Handlungsfelder psychosoziale Gesundheit, körperliche Aktivität und kognitive Ressourcen umfasst, ist die vom Start-up RetroBrain entwickelte *memoreBox* (**Kleschnitzki, 2020) (4-5)**. In einer Kooperation zwischen der BARMER Krankenkasse, dem Start-up und einer Forschergruppe der Humboldt Universität und der Alice Salomon Hochschule Berlin unterlag dieses digitale Präventionsangebot einer einjährigen Evaluationsphase, bei der 101 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen über zwölf Monate mit 906 Pflegeheimbewohner:innen von 2018 bis 2020 teilnahmen. Auf der *memoreBox*, einer gestengesteuerten Videokonsole, können therapeutische Spiele gespielt werden. Sie richtet sich vor allem an Senior:innen bzw. Pflegebedürftige in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und spricht durch die Anwendung der inklusiv gestalteten Trainingsprogramme deren kognitive und motorische Fähigkeiten an. Darüber hinaus fördert sie die soziale Interaktion. Instrumente der Evaluation waren unter anderem ein demografischer Fragebogen, der *Tinetti Test*, der *Mini Mental Status Test*, ein

Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes sowie je einer zur Erfassung der Lebensqualität und der Technikakzeptanz. In dem derzeit vorliegenden Kurzbericht lassen sich die ersten Ergebnisse des Roll-outs folgendermaßen zusammenfassen: Die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den Spielmodulen ist insgesamt gut (Schulnote 2). Ganz vorn in der Bewertung liegt hier das Tanzen und das Singen, gefolgt von Spielen. Auch das Einrichtungspersonal bewertet den Einsatz mit der memoreBox mit der Schulnote 2. Knapp 90 Prozent der Senior:innen empfehlen die Nutzung der Box weiter. Derzeit werden die Ergebnisse durch die Erstellung einer Promotion an der HU Berlin ausgewertet.

Ein weiteres Projekt, das die gleichen drei Handlungsfelder umfasst, ist das LBV Präventionsprojekt „Alle Vögel sind schon da – Vogelbeobachtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.“ (Lichtenauer, 2020) (4-8). Ziel des dreijährigen Projektes war, das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Bewohner:innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch das gezielte Angebot zur Vogelbeobachtung zu steigern. Mehrmals die Woche bis täglich wurden Vögel beobachtet. Evaluiert wurde das Projekt durch ein Team der Sozial- und Organisationspsychologie der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Gemessen wurden die subjektiv wahrgenommenen und die experimentellen Wirksamkeiten und die Wirksamkeiten in Bezug auf die Lebenszufriedenheit und die Akzeptanz des Projektes der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Mehr als 1.500 Bewohner:innen, über 300 Mitarbeiter:innen in 67 vollstationären Einrichtungen wurden befragt. Als Ergebnis gibt das Projektteam an, dass die emotionale Nähe und Verbundenheit zur Natur erhöht wurde. Die Bewohner:innen berichteten, dass durch die Auseinandersetzung mit Vögeln ihre Aufmerksamkeit und ihr Denken angeregt wurden. Weiterhin bewerteten sie ihre Lebensqualität in Bezug auf die Vogelbeobachtungen als positiv. Die Akzeptanz der Maßnahme bewertet das Evaluationsteam als sehr gut. Durch die ländliche Lage der Einrichtungen hatten die Teilnehmenden bereits einen intensiven Bezug zu Vögeln und eine emotionale Naturverbundenheit. Die Maßnahme wurde als niedrigschwellig mit einem geringen Mehraufwand für die Pflege und einer geringen Verletzungsgefahr für die Bewohner:innen eingestuft.

### 3.7 Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen

Wichtig zum Wohlbefinden der Bewohner:innen von stationären Pflegeeinrichtungen ist ein Fokus auf die ständige **Weiterentwicklung ihrer Gesundheitskompetenz** (Blättner, 2021) (1-5), (Blüher & Kuhlmei, 2019) (5-1). Gesundheitskompetenz trägt in einer zunehmend komplexen Lebenswelt dazu bei, teils widersprüchliche Informationen zu filtern und für die eigene Gesundheit nutzbar zu machen (Schaeffer et al., 2020; Schaeffer et al., 2021). Im Kontext von Pflegebedürftigen könnte dies bedeuten, dass diese medizinische und therapeutische Maßnahmen eher annehmen und befolgen, wenn in den Einrichtungen ein Fokus auf Gesundheitskompetenz gesetzt wird.

**Schmerzmanagement und Medikamentenvergabe** in der Pflege: Für die erfolgreiche Umsetzung von präventiven Maßnahmen müssen die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört eine bedarfsangepasste medikamentöse Versorgung (Langner, 2021), (Dräger et al., 2020). In Spanien beispielsweise entstand ein 20-stündiges Trainings- und Schulungsprogramm für Pflegekräfte, in dem sie schrittweise lernen sollten, mit herausforderndem Verhalten von Demenzkranken umzugehen und die Vergabe von psychotropen Medikamenten zu reduzieren (Pinazo-Clapés et al., 2020). 145 Menschen aus zwei Pflegeheimen wurden nach dem Zufallsprinzip einer Interventionsgruppe und einer Gruppe ohne Intervention zugeteilt. Das Schulungsprogramm führte zur signifikanten Verringerung des herausfordernden Verhaltens der Demenzkranken und zeigte zudem einen signifikanten Rückgang der Psychopharmaka.

## Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

Ein Trend zeichnet sich für Interventionen, die der Lebenswelt Pflegeheim zuzuordnen sind, ab: Entwickelte und als effektiv bestätigte Interventionen zielen nicht mehr nur auf die Durchführung einer einzigen Maßnahme, sondern kombinieren mehrere Maßnahmen miteinander. Damit entsprechen sie stärker der Lebenswirklichkeit bzw. dem Alltagsgeschehen in stationären Pflegeeinrichtungen. Zugleich erschwert diese Herangehensweise die Konzeption und Evaluation solcher Maßnahmen.

Für Deutschland ist eine Kombination von Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Förderung der körperlichen Aktivität, Förderung der psychosozialen und kognitiven Ressourcen am besten erforscht (z. B. PROCARE, DeTaMAKS). Interessant sind die Wechselwirkungen der Kombinationsansätze: So wirkt körperliche Aktivität auch im Bereich psychosoziale Ressourcen (z. B. **(Diegelmann et al., 2018; Langner et al., 2019) (1-4, 2-2)**); bei manchen Kombinationen konnten Effekte auf mehrere Bereiche nachgewiesen werden (z. B. **(Krupp et al., 2019) (1-6)**).

Als größte Herausforderung wird bei der Durchführung von kombinierten Interventionen gesehen, die Motivation der Teilnehmenden über einen langen Zeitraum aufrechtzuerhalten **(Gebhard & Mir, 2021) (3-3)**.

Ergänzend zu diesen Befunden schlägt eine Expertin im Kontext von körperlicher Aktivität eine Kombination mit fördernden Komponenten aus dem Bereich kognitive Ressourcen vor.

Für eine verstärkte Umsetzung kombinierter Maßnahmen spricht sich auch eine weitere Expertin aus. Eine Ursache hierfür sieht er darin, dass diese den Lebensumständen und Bedürfnissen der Menschen eher entsprechen als Interventionen, die Einzelkomponenten fokussieren. Menschen möchten gleichzeitig kognitiv angeregt werden, sich am Alltag beteiligen und Bestandteil einer sozialen Gruppe sein. Kombinierte Maßnahmen orientieren sich am biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell.

## 4 Umgang der Pflegekassen mit dem gesetzlichen Präventionsauftrag und Beteiligung weiterer Akteursgruppen

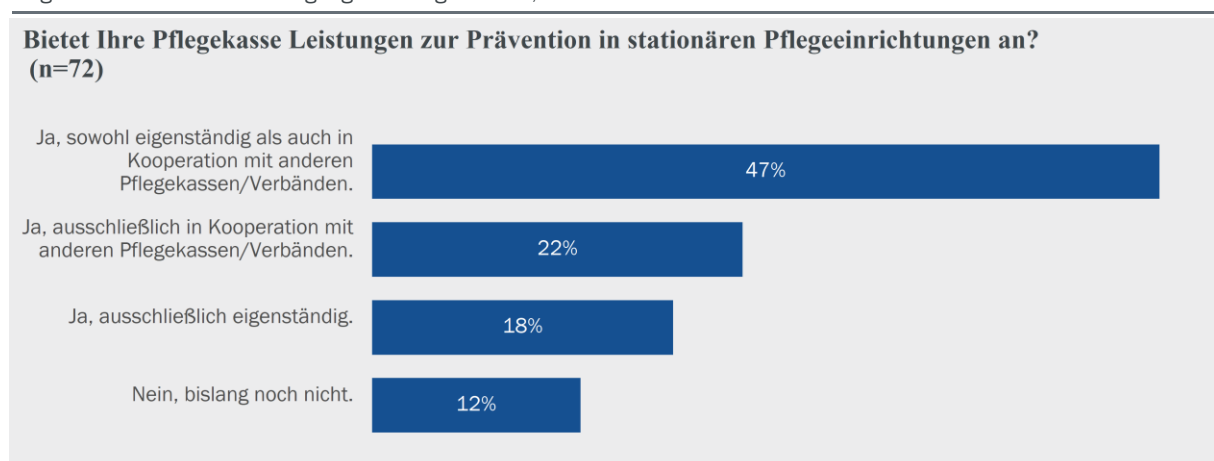
Die generelle Aktivität der Pflegekassen zur Erfüllung des Präventionsauftrags nach § 5 SGB XI und ihre übergreifenden diesbezüglichen Strategien verdeutlichen, in welchem Umfang sie den Auftrag wahrnehmen und wie sie dabei grundsätzlich vorgehen. Durch den gesetzlichen Präventionsauftrag wurden vielfältige Aktivitäten ausgelöst, die sich nicht auf die umfangreichen Tätigkeiten der Pflegekassen beschränken. Verschiedene Akteursgruppen sind im Rahmen der Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI aktiv an der Entwicklung, Vorbereitung, Umsetzung und Evaluation von Angeboten beteiligt.

### 4.1 Aktivitäten und übergreifende Strategien der Pflegekassen

Von den insgesamt 72 befragten **Pflegekassen** bieten 63 Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI an. Die Mehrheit davon bietet diese Leistungen eigenen Angaben zufolge sowohl eigenständig als auch in Kooperation mit anderen Pflegekassen an (Abbildung 4). Das intensive Kooperationsgeschehen zwischen den Pflegekassen(arten) und mit weiteren Beteiligten ist also als eine übergreifende Strategie zur Erfüllung des Präventionsauftrags bei fast allen Pflegekassen erkennbar. Die kassenartenübergreifende Kooperation ist nach § 5 SGB XI Abs. 3, Satz 1 vorgesehen (Abschnitt 4.2). Interviews mit Pflegekassen(verbänden) zeigen, dass sich die weitere strategische Ausrichtung unterscheiden kann. So werden etwa eine ganzheitliche Betrachtung der Präventions- und Pflegeleistungen von Kranken- und Pflegekassen (z. B. gemeinsame Bearbeitung in einem Referat) genannt oder auch eine systematische Verknüpfung von Präventionsleistungen mit der BGF (z. B. durch besonders enge Kooperation der Pflege- und Krankenkasse). Andere Pflegekassen betonen hingegen die strategische Bedeutung, alle Handlungsfelder des Präventionsleitfadens abzudecken. Auch das Ziel, die Pflegeeinrichtungen zur selbstständigen Umsetzung von Präventionsangeboten zu befähigen und zu ermutigen, wird von einzelnen Pflegekassen strategisch ins Zentrum gestellt. Eine weitere genannte Strategie der Etablierung von fachlicher Beratung und Vernetzungsangeboten für Pflegeeinrichtungen verfolgt dasselbe Ziel. Nicht alle Pflegekassen geben in Interviews eine übergreifende Strategie an.

**Abbildung 4: Aktivität der Pflegekassen im Bereich präventiver Leistungen nach § 5 SGB XI**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent





Neun der 72 **Pflegekassen** verfügen eigenen Angaben zufolge bislang noch über kein Angebot an präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI.<sup>14</sup> Bei sieben davon handelt es sich um vergleichsweise kleine Pflegekassen mit maximal 165.000 Mitgliedern.<sup>15</sup> Als Begründung für das fehlende Angebot präventiver Leistungen wurde unter anderem vereinzelt die Covid-19-Pandemie genannt.

## 4.2 Kooperationen und Aufgabenschwerpunkte der beteiligten Akteure

Von den **Pflegekassen**, die Leistungen zur Prävention nach § 5 SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen anbieten, kooperieren 95 Prozent mit externen Dienstleistern (Abbildung 5). Sie beauftragen diese fast immer mit der Durchführung der Maßnahmen in den Einrichtungen (97 Prozent) sowie überwiegend auch mit der Planung und Evaluation der Maßnahmen (83 bzw. 78 Prozent). Bei der Entwicklung von Präventionskonzepten werden diese Dienstleister von etwa der Hälfte (55 Prozent) dieser Pflegekassen eingebunden.

Mit externen Forschungseinrichtungen kooperiert gut ein Drittel (35 Prozent) der **Pflegekassen**, die präventive Leistungen anbieten (Abbildung 5). Fast alle dieser Kassen (91 Prozent) binden externe Forschungseinrichtungen in die Evaluation der Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen ein. Die Hälfte (50 Prozent) der mit externen Forschungseinrichtungen kooperierenden Pflegekassen gibt zudem an, mit diesen bei der Entwicklung von Präventionskonzepten zusammenzuarbeiten.

Als weitere Kooperationspartner geben die befragten Pflegekassen an, hauptsächlich mit Ärzt:innen, Apotheker:innen, Physiotherapeut:innen und vereinzelt mit Erzieher:innen, dem Gesundheitsamt, dem Sozialamt, Alten- und Krankenpflegeschulen, Krankenhäusern, Übungsleiter:innen, Psycholog:innen und Studierenden der Medizinpädagogik zu kooperieren.

### Abbildung 5: Kooperation der Pflegekassen im Rahmen ihrer Angebote von präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

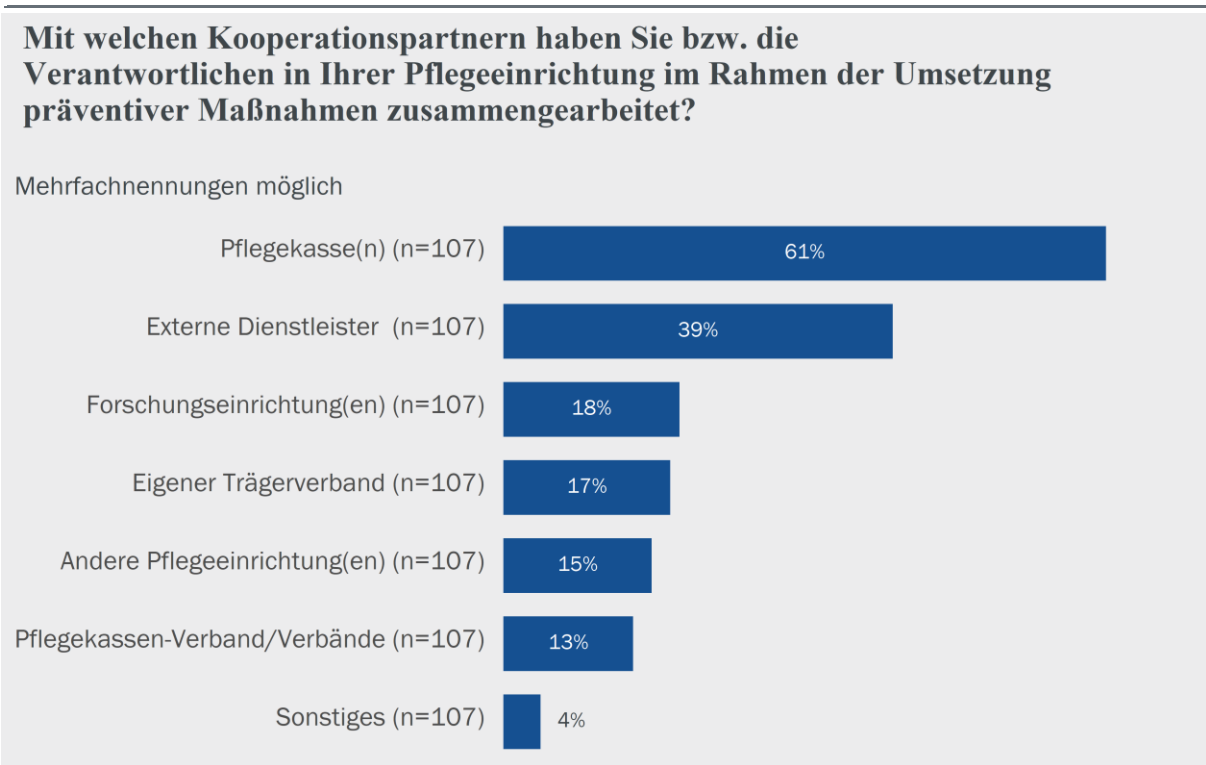
<sup>14</sup> Pflegekassen, die selbst keine präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI umsetzen oder die dafür vorgesehenen Mittel nicht vollständig verausgaben, stellen diese Mittel anderen Pflegekassen zur Leistungserbringung nach § 5 SGB XI zur Verfügung.

<sup>15</sup> Die Anzahl der Versicherten der befragten Pflegekassen wurde in der Online-Befragung erhoben. Für die statistische Analyse werden Pflegekassen anhand des Medians der Versichertenanzahl (164.413 Versicherte) in zwei Gruppen unterteilt. 50 Prozent der teilnehmenden Pflegekassen haben weniger als (aufgerundet) 165.000 Versicherte (kleinere Pflegekassen) und 50 Prozent haben mehr als 165.000 Versicherte (größere Pflegekassen). Dadurch wird erreicht, dass beide Gruppen ausgeglichen sind und eine ausreichende Anzahl an Beobachtungen für statistische Analysen aufweisen.

61 Prozent der „**aktiven**“ **Pflegeeinrichtungen** haben bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI eigenen Angaben zufolge mit Pflegekassen kooperiert (Abbildung 6).<sup>16</sup> 39 Prozent geben an, dass eine diesbezügliche Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern erfolgte. Seltener wurde mit Forschungseinrichtungen und dem eigenen Trägerverband zusammengearbeitet, knapp ein Fünftel der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen (18 bzw. 17 Prozent) gibt hier eine Kooperation an. Die Kooperation mit anderen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassenverbänden spielt bei der Umsetzung der präventiven Angebote ebenfalls eine untergeordnete Rolle (15 bzw. 13 Prozent).

### Abbildung 6: Kooperationen der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Umsetzung von präventiven Maßnahmen nach § 5 SGB XI

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

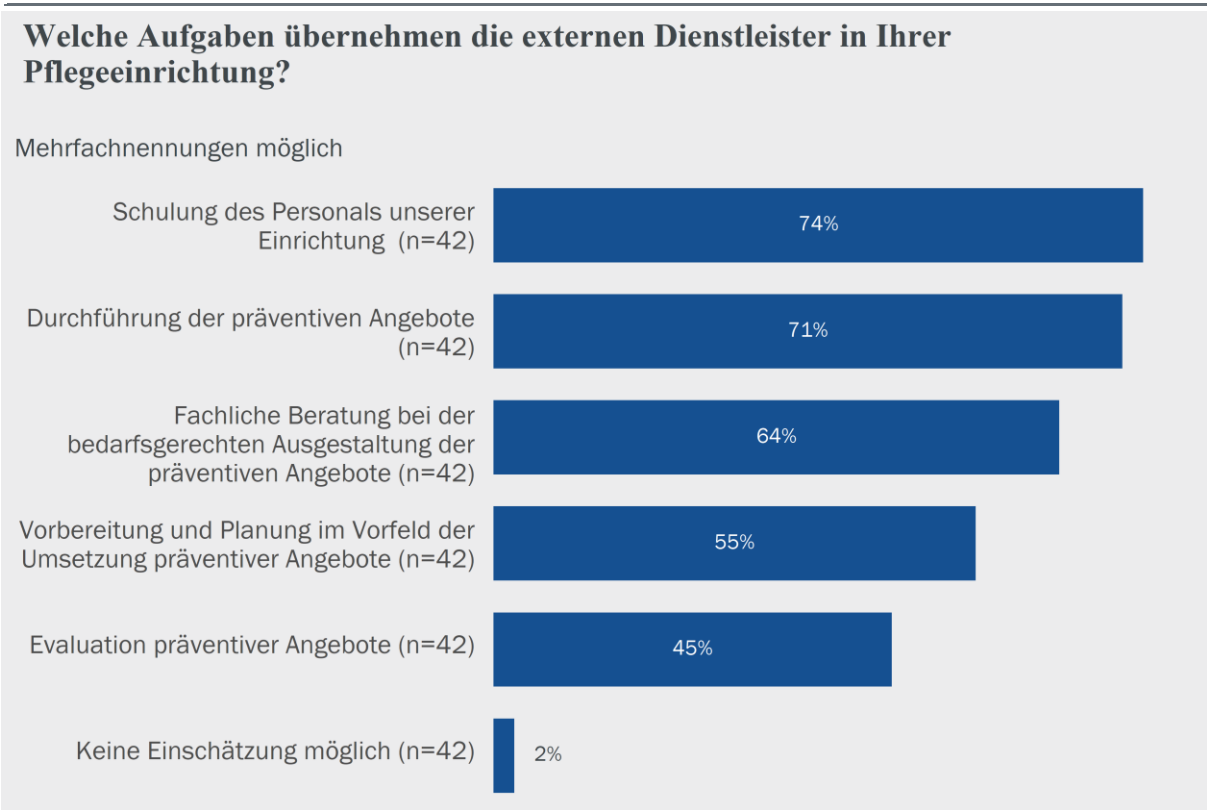
© Prognos 2022

Externe Dienstleister übernehmen nach Angaben der „**aktiven**“ **Pflegeeinrichtungen** vor allem die Schulung des Personals und die Durchführung präventiver Angebote in den Einrichtungen (Abbildung 7). Auch die fachliche Beratung zur bedarfsgerechten Ausgestaltung präventiver Angebote sowie die Vorbereitung und Planung im Vorfeld der Umsetzung fallen für knapp zwei Drittel und mehr als der Hälfte der Pflegeeinrichtungen, die mit externen Dienstleistern kooperieren, zu deren Aufgaben. Für die Evaluation präventiver Angebote sind sie seltener zuständig.

<sup>16</sup> Obwohl die Leistungen nach § 5 SGB XI durch die Pflegekassen angeboten und finanziert werden, stehen sie bei der praktischen Umsetzung der Angebote in den Pflegeeinrichtungen nicht immer aktiv im Vordergrund. Dies könnte erklären, warum über ein Drittel der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen keine „Kooperation“ mit Pflegekassen bei der Umsetzung angibt.

### Abbildung 7: Aufgabenbereiche externer Dienstleister im Rahmen der Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



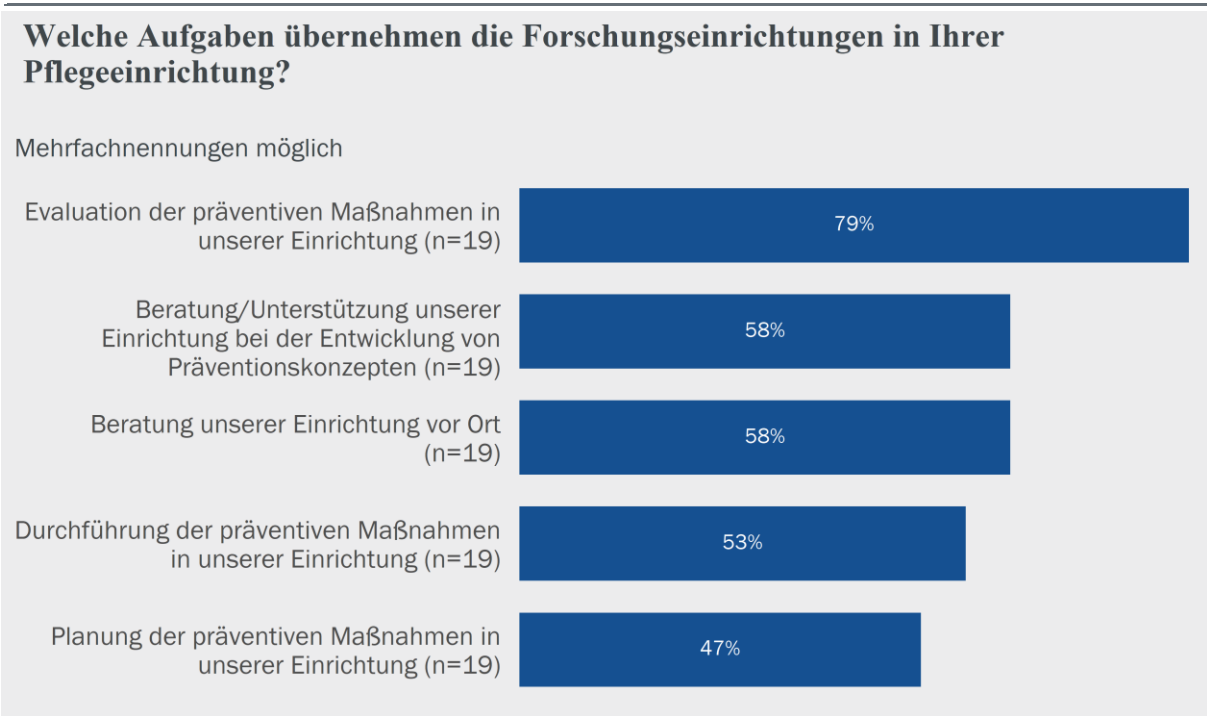
Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Forschungseinrichtungen übernehmen laut den „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen der Umsetzung präventiver Maßnahmen § 5 SGB XI mit Forschungseinrichtungen kooperieren, vor allem die Evaluation der Maßnahmen (79 Prozent) (Abbildung 8). Etwas seltener (47 bis 58 Prozent der Fälle) bringen sich die Forschungseinrichtungen durch Beratung, Umsetzung und Planung der Maßnahmen ein.

### Abbildung 8: Aufgabenbereiche von Forschungseinrichtungen im Rahmen der Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



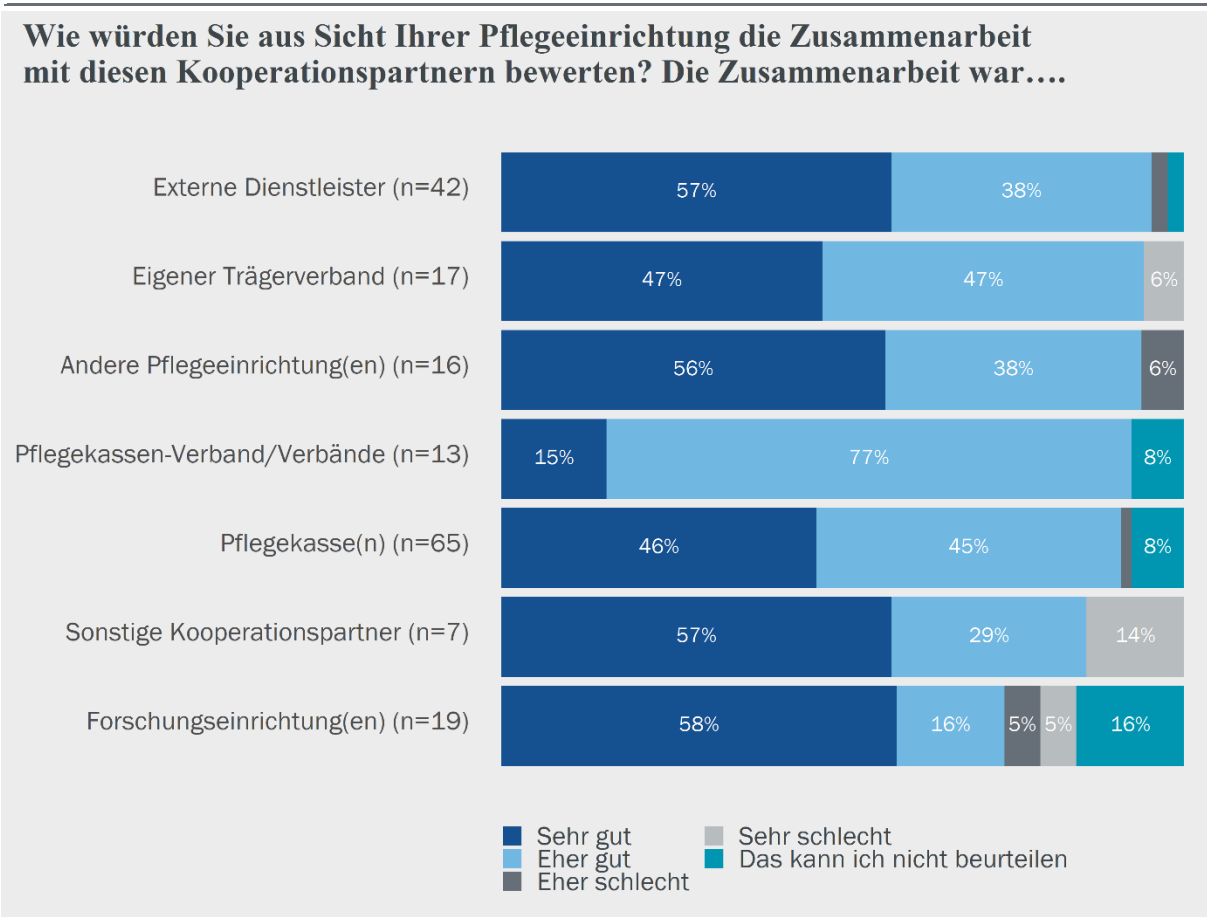
Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Von den **Pflegeeinrichtungen**, die mit externen Dienstleistern zusammenarbeiten, bewerten fast alle (95 Prozent) diese Zusammenarbeit als sehr gut oder eher gut (Abbildung 9). Ähnlich positiv wird auch die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen, dem eigenen Trägerverband und anderen Pflegeeinrichtungen bewertet.

**Abbildung 9: Bewertung der Kooperationen im Rahmen der Umsetzung von präventiven Maßnahmen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegeeinrichtungen**

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Die Interviews mit Pflegekassen und Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen sowie mit einzelnen Forschungseinrichtungen und Dienstleistern bestätigen die generellen Befunde zur Kooperation und Aufgabenteilung aus den Online-Befragungen. Je nach Fallbeispiel bzw. Kooperation kann die Aufgabenteilung variieren, insgesamt werden aber Schwerpunkte erkennbar:

- Pflegekassen übernehmen oft die Konzeption von präventiven Angeboten, häufig unterstützt durch Dienstleister oder Forschungseinrichtungen. Sie übernehmen in der Regel auch die Koordination und Vernetzung der Akteure, die an der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Konzepts beteiligt sind. Die Information und Motivation von Pflegeeinrichtungen zu präventiven Angeboten gehören ebenfalls zur Kerntätigkeit, ebenso wie die Administration und Finanzierung der Leistungen. An der konkreten Durchführung der Angebote sind Mitarbeiter:innen der Pflegekassen selten beteiligt (z. B. Schulungsangebote).
- Dienstleister werden von Pflegekassen mit vielfältigen Aufgaben beauftragt. Je nach Bedarf übernehmen sie Aufgaben bei der Konzeption, der Gewinnung und Beratung von Pflegeeinrichtungen, der praktischen Umsetzung der Angebote oder auch zur Qualitätssicherung und Evaluation.
- Forschungseinrichtungen werden teilweise von den Pflegekassen mit ähnlich vielfältigen Aufgaben betraut wie die Dienstleister. Besonders häufig übernehmen sie aber die wissenschaftliche Evaluation von präventiven Konzepten.
- Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen informieren im Rahmen ihrer Tätigkeiten die Einrichtungen über die präventiven Angebote der Pflegekassen. Sie sorgen teilweise auch für eine

Vernetzung der Pflegeeinrichtungen und befördern die Umsetzung in mehreren Einrichtungen in eigener Trägerschaft.

- Die Pflegeeinrichtungen wählen passende präventive Konzepte aus und sind an der Leistungsbeantragung beteiligt, gegebenenfalls unterstützt durch Dienstleister. In der Regel sind sie auch an der Vorbereitung und individuellen Anpassung der Angebote aktiv beteiligt, d. h. sie unterstützen bzw. übernehmen z. B. das Vorstellen des Projektes unter Mitarbeiter:innen, die Gründung der Steuerungsgruppe, die dienstplankonforme Planung von Schulungen, Informationsveranstaltungen für Angehörige, Mitarbeiter:innenbefragungen oder die Auswertung von Dokumentationen. Das Leitungspersonal ist hierbei besonders gefragt. Auch an der unmittelbaren Vorbereitung, Gestaltung und Durchführung der präventiven Angebote können je nach Konzept alle Berufsgruppen in den Einrichtungen aktiv beteiligt sein. Zur Qualitätssicherung und Evaluation der Angebote leisten die Einrichtungen ebenfalls Beiträge.

Die Initiative für neue Kooperationen bzw. die Entwicklung neuer Präventionsangebote kann nach Ergebnissen der Interviews sowohl von den Pflegekassen als auch von Dienstleistern oder Forschungseinrichtungen ausgehen. Teilweise bauen die Kooperationen bei den präventiven Leistungen auf gemeinsamen Projekten in der Vergangenheit auf.

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Die Pflegekassen(verbände) nehmen ihren Präventionsauftrag in stationären Pflegeeinrichtungen umfassend wahr: Bis auf wenige Ausnahmen setzen alle befragten Pflegekassen präventive Leistungen um (63 von 72 befragten Pflegekassen).
- Als zentrale übergreifende Strategie der Pflegekassen kann die intensive Kooperation untereinander sowie mit Dienstleistern gesehen werden. Die kassenartenübergreifende Kooperation ist nach § 5 SGB XI Abs. 3, Satz 1 vorgesehen. Mit Forschungseinrichtungen wird etwas weniger häufig zusammengearbeitet. Die Zusammenarbeit wird von allen Beteiligten insgesamt positiv bewertet.
- Die jeweilige Aufgabenteilung bei der Entwicklung, Verbreitung, Umsetzung und Evaluation eines präventiven Angebots zwischen den Pflegekassen(verbänden), Trägerverbänden, Dienstleistern, Forschungseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen variiert. Trotz der vielfältigen Kooperationslösungen sind Aufgabenschwerpunkte erkennbar:
  - Pflegekassen übernehmen in der Regel Konzeptions-, Koordinations- sowie Informations- und Beratungsaufgaben.
  - Dienstleister übernehmen in unterschiedlichem Maße die oben genannten Aufgaben der Pflegekassen sowie zusätzlich die Umsetzung und Begleitung der präventiven Angebote in den Pflegeeinrichtungen.
  - Forschungseinrichtungen evaluieren oftmals die präventiven Angebote, können im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten aber auch aktiv an der Umsetzung beteiligt sein.
  - Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen bringen sich vorwiegend durch die Information, Motivation und Vernetzung von Einrichtungen ein.
  - Die Pflegeeinrichtungen sind im gesamten Gesundheitsförderungsprozess aktiv, d. h. bei der Angebotsauswahl und -beantragung, Bedarfsanalysen, strukturellen Vorbereitungen (z. B. Steuerungsgremien) und gegebenenfalls individuellen Anpassung, Durchführung, Qualitätssicherung und Evaluation der Angebote.

## 5 Information und Beratung zur Sensibilisierung und Motivierung der Pflegeeinrichtungen

---

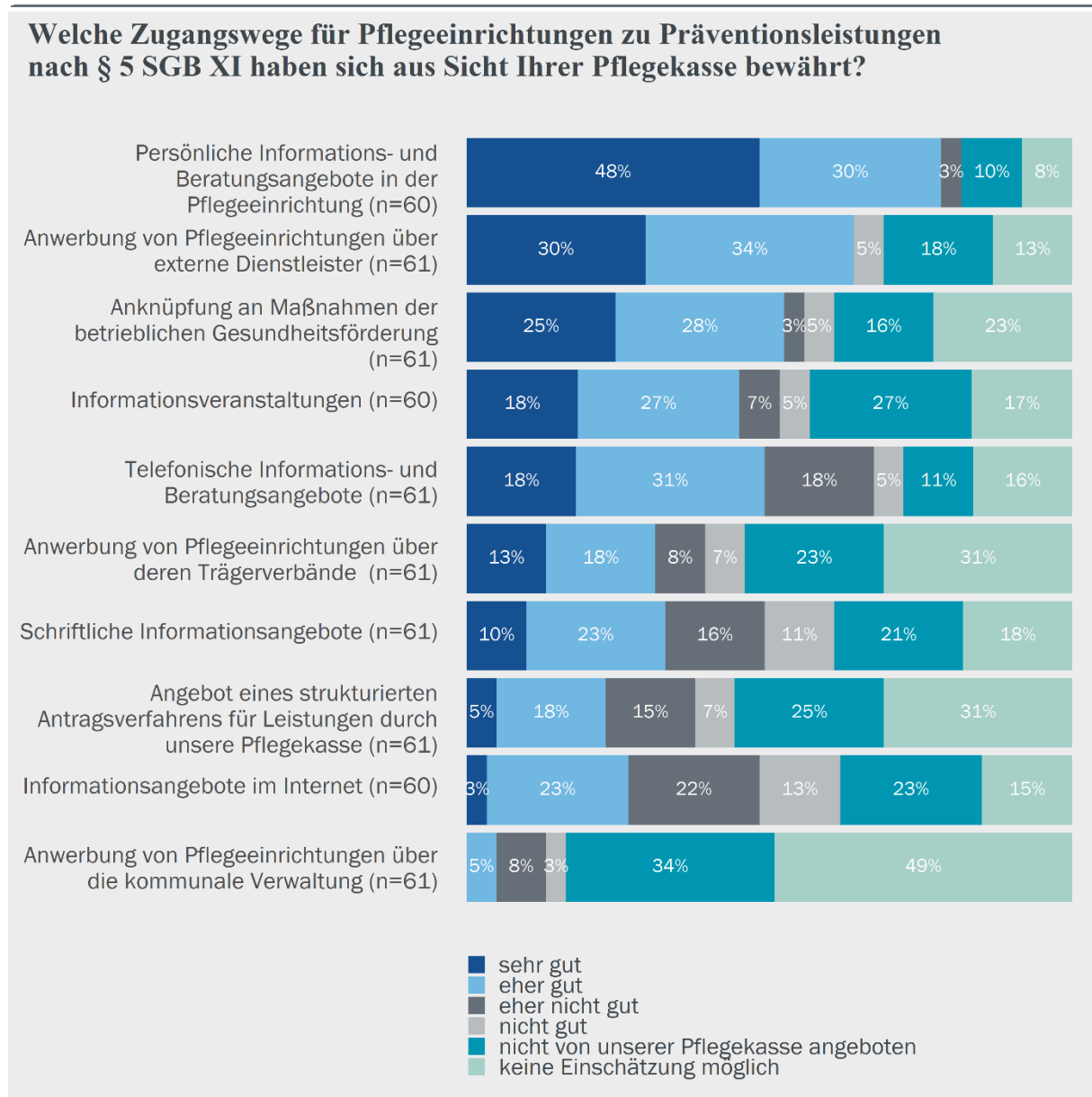
Dieses Kapitel widmet sich der Vorbereitungsphase. Diese umfasst sämtliche Aktivitäten der Pflegekassen, um Pflegeeinrichtungen für die Fördermöglichkeiten nach § 5 SGB XI zu gewinnen. Dazu gehören vielfältige Informations- und Beratungsangebote, um Pflegeeinrichtungen für präventive Leistungen zu sensibilisieren und sie zu einer Umsetzung zu motivieren.

### 5.1 Informations- und Beratungsangebote als Zugangswege

78 Prozent der **Pflegekassen**, die präventive Leistungen erbringen, geben persönliche Informations- und Beratungsangebote als bewährte Zugangswege für Pflegeeinrichtungen zu Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI an (Abbildung 10). Auch das Anwerben über externe Dienstleister hat sich für fast zwei Drittel (64 Prozent) der Pflegekassen bewährt. Für jeweils etwa die Hälfte der Pflegekassen gelten die Anknüpfung an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie telefonische Informations- und Beratungsangebote als sehr gute oder eher gute Zugangswege zu den Pflegeeinrichtungen. Die Anwerbung über die kommunale Verwaltung scheint hingegen kaum relevant, sie wird nur von fünf Prozent der Pflegekassen als guter Zugangsweg angegeben.

### Abbildung 10: Bewertung von Zugangswegen für Pflegeeinrichtungen zu Leistungen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Ein telefonisches Informations- und Beratungsangebot sowie die Anwerbung von Pflegeeinrichtungen über deren Trägerverbände hat sich für größere **Pflegekassen** (mehr als 165.000 Mitglieder) und eher kleinere Pflegekassen (bis zu 165.000 Mitglieder) unterschiedlich bewährt. Das telefonische Informations- und Beratungsangebot hat sich für rund 46 Prozent der größeren Pflegekassen sehr gut oder eher gut bewährt und das Anwerben von Pflegeeinrichtungen über Trägerverbände für rund 38 Prozent. Bei kleineren Pflegekassen lagen die Anteile bei 25 Prozent bzw. 12 Prozent.

Vor der Entscheidung zur Umsetzung präventiver Angebote haben „aktive“ **Pflegeeinrichtungen** als konkrete Informations- und Beratungsangebote besonders häufig schriftliche Angebote genutzt (64 Prozent) (Abbildung 11). Persönliche Informations- und Beratungsangebote vor Ort wurden von 42 Prozent in Anspruch genommen.



### Abbildung 11: Genutzte Informations- und Beratungsangebote der Pflegekassen im Vorfeld der Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



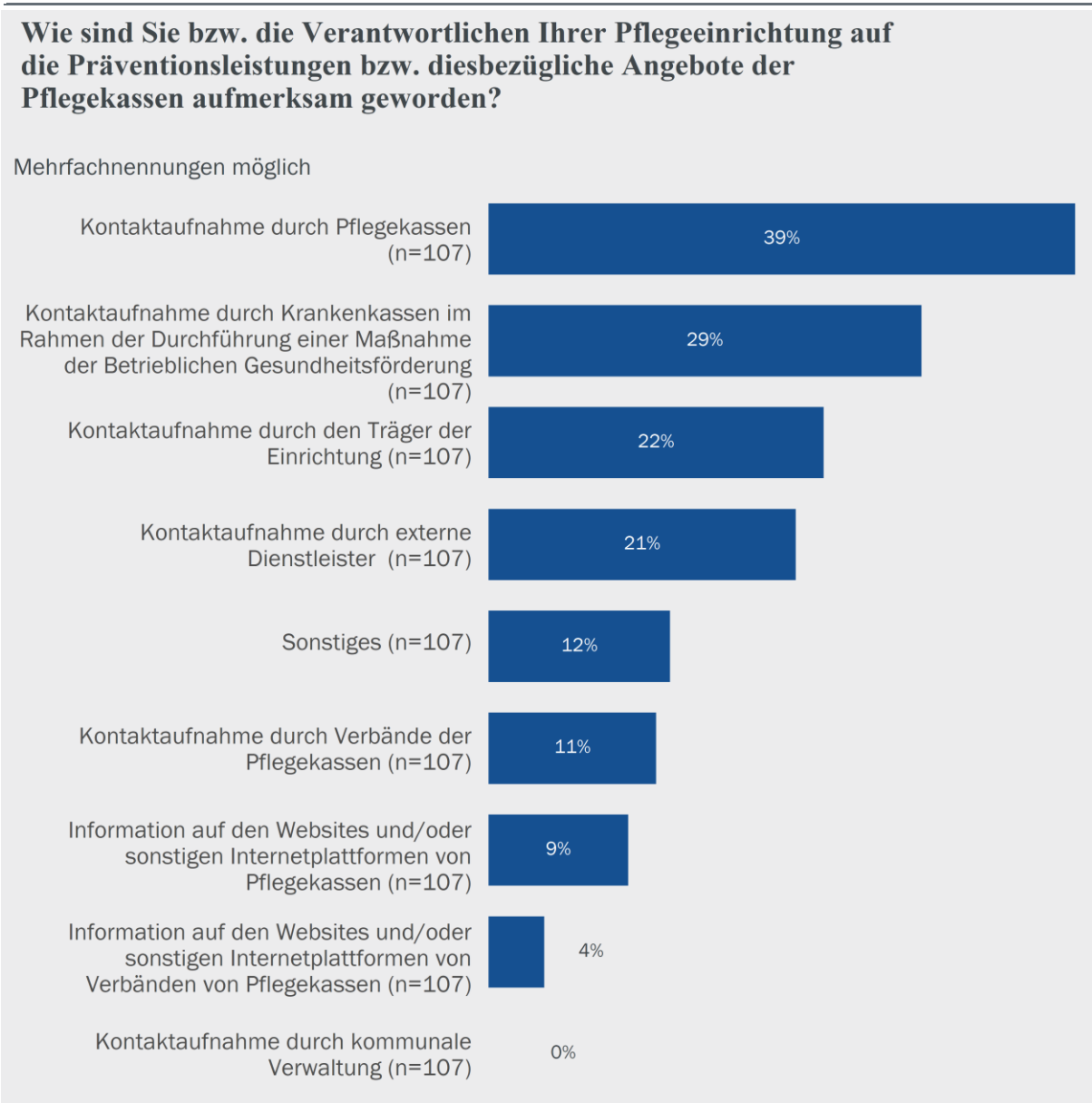
Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Die Aufmerksamkeit der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen wird am häufigsten über die Kontaktaufnahme durch Pflegekassen erreicht (39 Prozent) (Abbildung 12). Fast ein Drittel der Pflegeeinrichtungen (29 Prozent) wird durch Krankenkassen im Rahmen der Durchführung einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung auf Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI aufmerksam gemacht. Elf Prozent der Einrichtungen wird durch Kontaktaufnahme seitens der Pflegekassenverbände aufmerksam. Webseiten und Internetplattformen von Pflegekassen werden von insgesamt 13 Prozent der Einrichtungen angegeben. Auch die Nennungen unter Sonstiges verdeutlichen die Vielfalt möglicher Informationswege: Zweimal werden Universitäten genannt, daneben Vorerfahrungen an einem anderen Standort sowie die Kontaktaufnahme durch eine Projektleitung, eine Marketingabteilung, eine Angehörige, eine:n zuständige:n Mitarbeiter:in oder auch ein persönliches Zusammentreffen auf einer Tagung und einer Fortbildung.

## Abbildung 12: Zugangswege der Pflegeeinrichtungen zu den Präventionsleistungen bzw. Angeboten der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Die Inhalte des Präventionsleitfadens sind rund drei Viertel der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen (n=107) nach eigenen Angaben bekannt (30 Prozent) oder teilweise bekannt (43 Prozent) und wurden in rund der Hälfte dieser Einrichtungen auch bei der Entwicklung oder Umsetzung präventiver Angebote genutzt. Etwa ein Viertel der aktiven Einrichtungen kennt die Inhalte des Präventionsleitfadens hingegen nicht.

Die Interviews mit **Pflegekassen(verbänden)** bestätigen, dass vielfältige Informations- und Beratungswege angeboten und genutzt werden. Je nach genereller Struktur der Pflegekasse (z. B. Präsenz vor Ort versus zentrale Struktur) können unterschiedliche Strategien verfolgt werden. Die Nutzung von bestehenden Netzwerken, Kontakten und Veranstaltungen sind geeignet, wie auch der Weg über die betriebliche Gesundheitsförderung. In aller Regel wird von den Pflegekassen auf mehrere Zugangswege und Informationsangebote gesetzt. Die Kontaktaufnahme sowie die Infor-

mation und Beratung sollte demzufolge über mehrere Kanäle erfolgen, die sich nach den Bedürfnissen der einzelnen Einrichtungen richten; insbesondere ein persönlicher Zugang sowie eine breite Streuung der Zugangswege ist aussichtsreich, um viele Einrichtungen zu erreichen. Die Interviews ergeben insgesamt, dass es wichtig ist die Kontaktaufnahme flexibel zu gestalten und gegebenenfalls anzupassen. Es ist insgesamt keine einheitliche Erfolgsstrategie für die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen sowie zur Information und Beratung erkennbar.

Die Interviews zu den Fallkonstellationen mit Pflegekassen und Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen sowie mit einzelnen Forschungseinrichtungen und Dienstleistern sowie die Workshops mit den Leistungserbringern und Interessenvertretungen von Pflegebedürftigen liefern zahlreiche Hinweise auf Informations- und Wissensdefizite seitens der Pflegeeinrichtungen. So gibt es unter den Einrichtungen insgesamt ein breites Spektrum: Am einen Ende stehen Einrichtungen, die Prävention ganzheitlich umsetzen und umfassendes Wissen dazu haben. In der Mitte stehen Einrichtungen, die im Rahmen der Leistungen nach § 5 SGB XI und der diesbezüglichen Informationsangebote der Pflegekassen Interesse zeigen und sich des Themas und der Umsetzung annehmen, jedoch ohne umfassende Erfahrungen. Am anderen Ende stehen Einrichtungen, die den Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht wahrnehmen und die Fördermöglichkeiten gegebenenfalls noch nicht kennen.

## 5.2 Sensibilisierung und Motivierung der Pflegeeinrichtungen

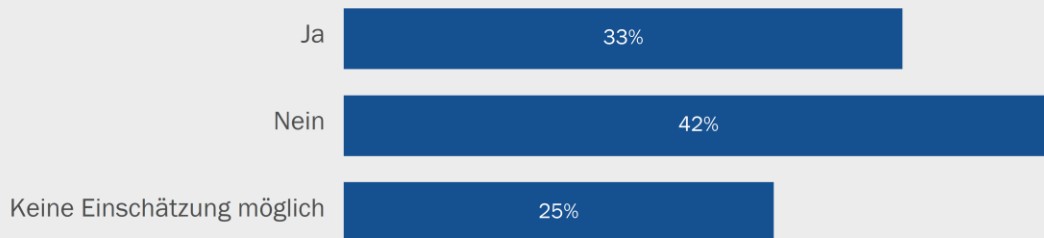
41 Prozent der befragten bisher **„nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen** (n=78) wissen nicht, dass sie bei der Entwicklung und Umsetzung präventiver Angebote nach § 5 SGB XI durch die Pflegekassen unterstützt werden können. 59 Prozent der „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen kennen diese Möglichkeit zwar, setzen aber dennoch keine präventiven Angebote um. Unter letzteren ist der Präventionsleitfaden zu über einem Drittel nicht bekannt (43 Prozent) und nur 16 Prozent haben bisher ein Informations- und Beratungsangebot der Pflegekassen in Anspruch genommen. Die selten genutzten zumeist persönlichen Beratungsangebote werden dabei dennoch als sehr gut oder eher gut bewertet.

Mit den bestehenden Möglichkeiten zur Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI hat sich bislang ein Drittel (33 Prozent) der „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen beschäftigt (Abbildung 13). Von diesen planen 88 Prozent in Zukunft Angebote zur Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI in ihrer Einrichtung umzusetzen.

### Abbildung 13: Beschäftigung mit Möglichkeiten für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen

Ergebnisse der Online-Befragung der „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent

**Haben Sie bzw. die Verantwortlichen in Ihrer Pflegeeinrichtung sich schon einmal aktiv mit den bestehenden Möglichkeiten der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI beschäftigt? (n=79)**



Quelle: Online-Befragung der „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

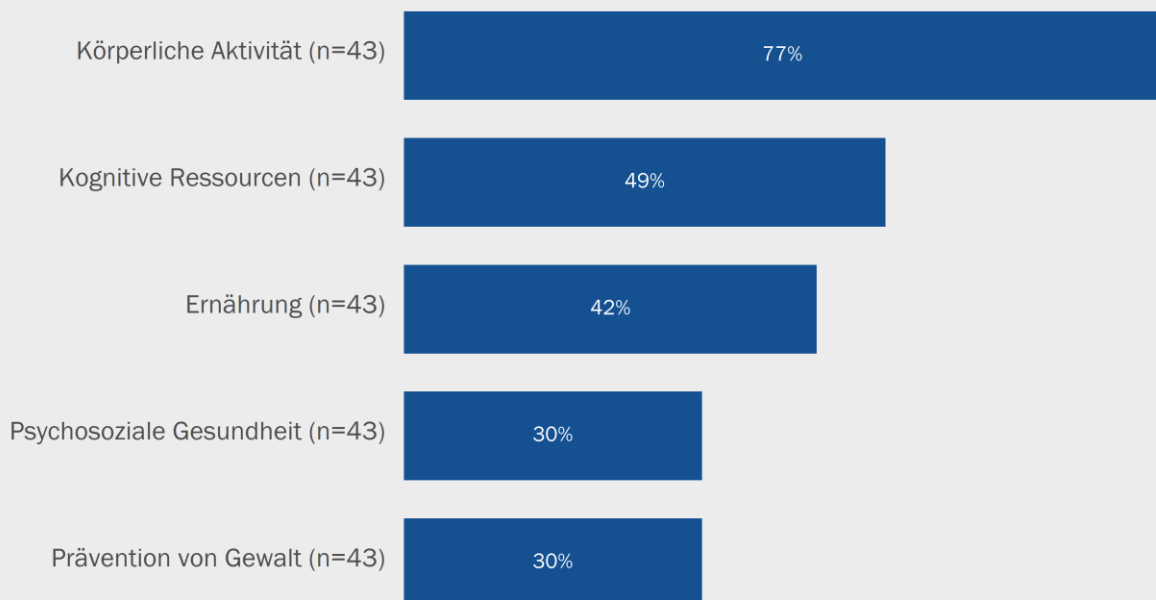
Über die Hälfte (55 Prozent) der **Pflegeeinrichtungen** (n=78), die bisher keine Angebote nach § 5 SGB XI umsetzen, geben an, unabhängig von der Pflegekassenfinanzierung Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention vorzuhalten, die an die im Präventionsleitfaden genannten Handlungsfelder anknüpfen (Abbildung 14). Vorrangig bieten sie den Pflegebedürftigen Angebote aus dem Bereich der körperlichen Aktivität (77 Prozent).

### Abbildung 14: Von der Finanzierung durch eine Pflegekasse unabhängige Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen

Ergebnisse der Online-Befragung der „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent

#### Um welche Handlungsfelder handelt es sich?

Mehrfachnennungen möglich



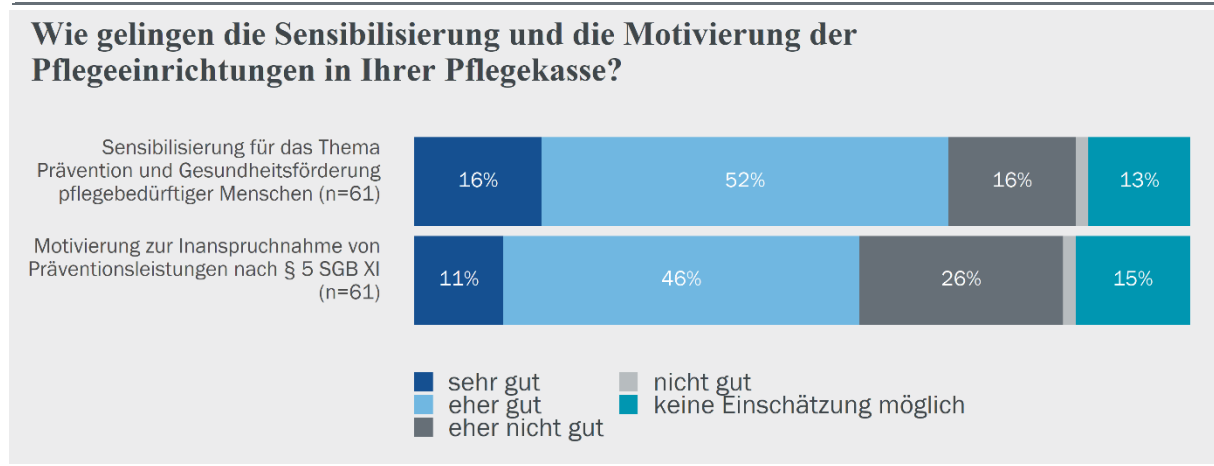
Quelle: Online-Befragung der „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Aus Sicht der **Pflegekassen** gelingt die Sensibilisierung der Pflegeeinrichtungen für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung pflegebedürftiger Menschen insgesamt besser als die Motivierung zur tatsächlichen Inanspruchnahme von Präventionsleistungen (Abbildung 15). Während 16 Prozent der Pflegekassen angeben, dass die Sensibilisierung eher nicht gut gelingt, gibt etwa ein Viertel der Pflegekassen (26 Prozent) an, dass die Motivierung zur Inanspruchnahme eher nicht gut gelingt.

**Abbildung 15: Bewertung der Sensibilisierung und Motivierung der Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent

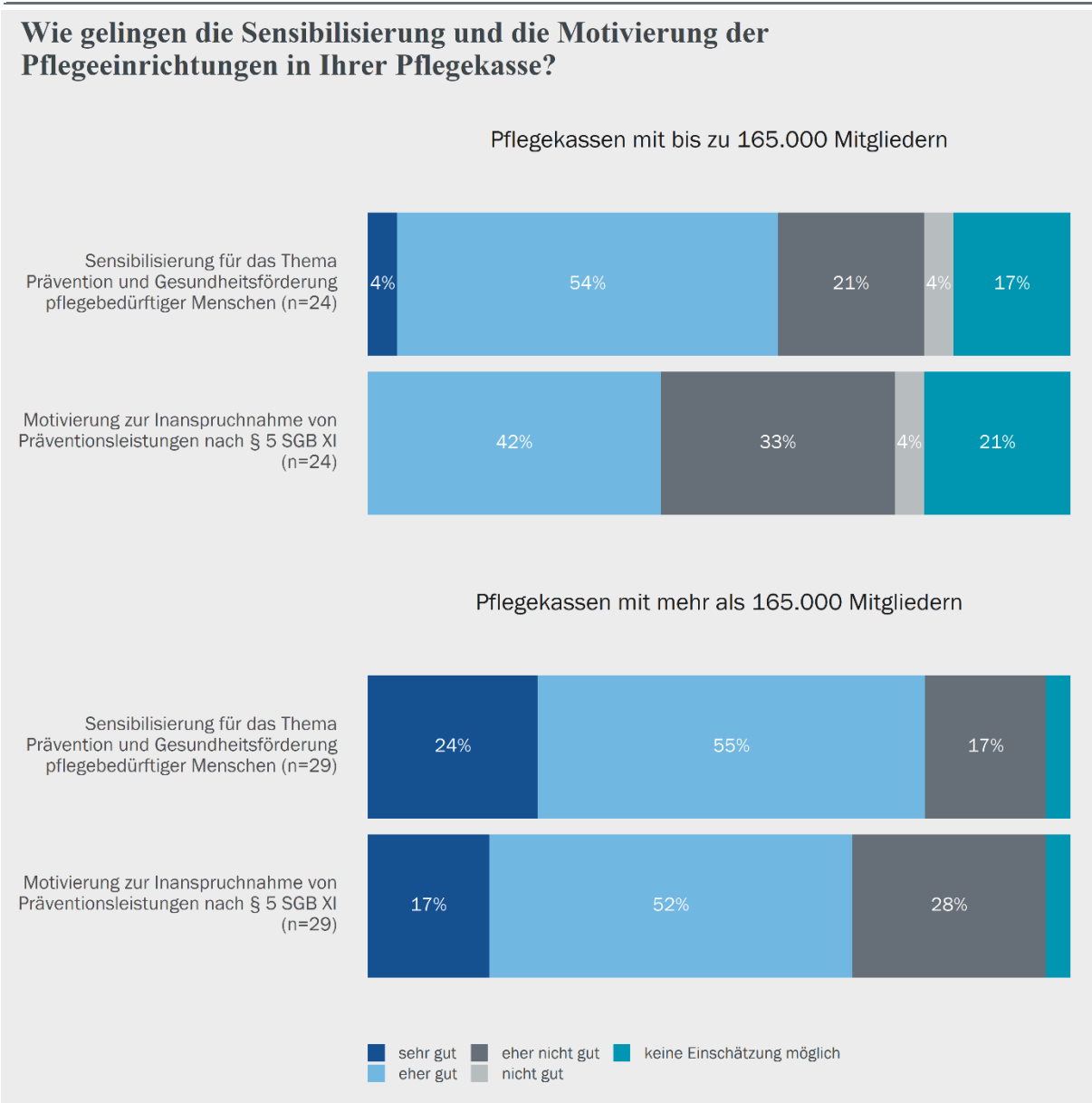


© Prognos 2022

Größere **Pflegekassen** (mehr als 165.000 Mitglieder) scheinen bei der Sensibilisierung bzw. Motivierung von Einrichtungen erfolgreicher zu sein als kleinere Pflegekassen (Abbildung 16). Kleinere Pflegekassen können zu diesen Punkten auch häufiger keine Einschätzung vornehmen.

Abbildung 16: Sensibilisierung und Motivation von Pflegeeinrichtungen nach Größe der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Eine zentrale Herausforderung zur Motivierung von Pflegeeinrichtungen stellt aus Sicht der **Pflegekassen**, die präventive Leistungen erbringen (87 Prozent), der Mangel an personellen Ressourcen in den Pflegeeinrichtungen dar (Abbildung 17). Jeweils etwa die Hälfte der Pflegekassen gibt als Herausforderung an, dass Pflegeeinrichtungen das Wissen fehle, wie die Umsetzung von Prävention gelingen kann, und dass Pflegeeinrichtungen Prävention nicht als eine primäre Aufgabe betrachten. Die technische Ausstattung der Pflegeeinrichtungen wird von rund einem Drittel der Pflegekassen als Hürde angesehen. Das Fehlen geeigneter baulicher Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen nennen mit zehn Prozent vergleichsweise wenige Pflegekassen als Herausforderung.

### Abbildung 17: Herausforderungen bei der Motivation von Pflegeeinrichtungen zur Inanspruchnahme von präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Die ausschlaggebenden Gründe, aus denen sich **Pflegeeinrichtungen** für die Umsetzung von Präventionsangeboten entschieden haben, wurde in einer offenen Frage in der Online-Befragung abgefragt (76 Antworten). Laut den Einrichtungen haben die umgesetzten Präventionsangebote einerseits Vorteile für die Pflegebedürftigen. Dazu gehört z. B. die Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität (13 Nennungen), die Förderung der kognitiven Fähigkeiten (13 Nennungen), grundsätzlich die Ressourcenerhaltung (7 Nennungen), die Förderung der Gesundheit (6 Nennungen) und eine Steigerung der Mobilität (6 Nennungen). Andererseits birgt die Umsetzung von Präventionsangeboten Vorteile für die Mitarbeiter:innen der Einrichtungen: Hier wurde besonders eine Förderung des Wissens durch Schulungen (6 Nennungen) und der Gesundheit (4 Nennungen) der Mitarbeiter:innen erwähnt. Nicht zuletzt gab es die meisten Nennungen im Bereich Vorteile für die Einrichtung. Ganz oben mit 16 Nennungen steht hierbei die Verbesserung der Versorgungsqualität und an zweiter Stelle (13 Nennungen) das Konzept des Angebots, das überzeugte. Auch die Weiterentwicklung der Einrichtung und ihrer Präventionsinstrumente (9 Nennungen) ist ein wichtiges Argument zur Umsetzung von Angeboten. Nicht zuletzt ist der Spaßfaktor (6 Nennungen) fast genauso wichtig für die Einrichtungen wie die Gelegenheit, neue Impulse zu setzen (5 Nennungen).

In Interviews mit einzelnen **Pflegeeinrichtungen** und deren **Trägerverbänden** wurden ebenfalls ausschlaggebende Gründe für die Umsetzung präventiver Angebote erfasst, die im Wesentlichen mit den oben genannten Gründen übereinstimmen, aber noch weitere Aspekte aufzeigen. Genannt werden unter anderem

- konkreter Bedarf im Pflegealltag oder seitens spezifischer Zielgruppen,
- die Verbesserung der Lebensqualität oder Ressourcenerhalt der Pflegebedürftigen,
- das Wohlbefinden der Mitarbeiter:innen und die Mitarbeiter:innenentwicklung,
- die Passgenauigkeit des Angebots auf einen spezifischen Bedarf,

- ein Interesse am jeweiligen Handlungsfeld bzw. dessen Aktualität,
- Anknüpfungsmöglichkeiten an bestehende Vorerfahrungen in der Thematik bzw. bereits bestehende Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern sowie
- die Überzeugung der Einrichtung(sleitung) für das Thema Prävention.

### **Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse**

- Die bisherige Information und Beratung durch die Pflegekassen wird durch die „aktiven“ und „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen unabhängig von der Art der Beratung größtenteils positiv bewertet. Vielfältige Zugangswege werden angeboten und ergänzen sich gegenseitig.
- Die Kenntnis und das Wissen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu den Fördermöglichkeiten nach § 5 SGB XI sind in den befragten Pflegeeinrichtungen noch nicht ausreichend.
- Generell gelingt die Sensibilisierung von Pflegeeinrichtungen für das Thema leichter als die Motivierung zur tatsächlichen Umsetzung von Leistungen, da hier oftmals Hürden durch die generellen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen gesehen werden.
- Die Entscheidungskriterien und Gründe seitens der Pflegeeinrichtungen zur Umsetzung eines bestimmten präventiven Angebots sind vielfältig und individuell. Besonders häufig stehen die Lebensqualität und die Förderung bzw. der Ressourcenerhalt der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Auch eine allgemeine Steigerung der Versorgungsqualität und des Präventionsansatzes in der Einrichtung sind oft ausschlaggebend, ebenso die Gesundheit und Weiterentwicklung der Mitarbeiter:innen.



## 6 Inhaltliche Ausrichtung der Präventionskonzepte nach § 5 SGB XI

---

Pflegekassen können laut dem Präventionsleitfaden zur Erfüllung ihres Präventionsauftrags nach § 5 SGB XI qualitätsgesicherte Konzepte<sup>17</sup> für Angebote an Pflegeeinrichtungen entwickeln und umsetzen (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 11). Auch können sie von Dritten entwickelte bzw. vorgeschlagene Konzepte berücksichtigen (ebd.). Die Konzepte beschreiben konkrete Angebote für den Gesundheitsförderungsprozess in stationären Pflegeeinrichtungen. Sie können auf die Verhältnis- oder Verhaltensprävention abzielen und beinhalten unter anderem Schritte zur Nutzung von Strukturen (Steuerungsgremium), Bedarfsanalyse, Maßnahmenplanung und -umsetzung sowie Evaluation. Dieses Kapitel beschreibt die inhaltliche Ausrichtung der präventiven Konzepte, die bisher (2016 bis 2021) von den befragten Pflegekassen umgesetzt wurden bzw. werden. Nach einem Überblick über die wesentlichen Merkmale der 101 Einzelkonzepte, die im Rahmen der Online-Befragung der Pflegekassen erfasst wurden, werden die Ziele, Handlungsfelder, Zielgruppen, Maßnahmen und Wirksamkeitsbelege genauer betrachtet.

### 6.1 Übersicht und zentrale Merkmale der Präventionskonzepte

Im Rahmen der Online-Befragung der **Pflegekassen** wurden 101 präventive Konzepte erfasst. Dabei wurden nur die federführend<sup>18</sup>, also hauptverantwortlich von der jeweiligen Pflegekasse entwickelten Konzepte abgefragt, um Doppelerfassungen zu vermeiden. Jede Pflegekasse setzt durchschnittlich ca. sechs Konzepte (Median: 4) um, von denen im Schnitt 3,4 federführend entwickelt wurden (Median: 1) (Tabelle 3). Über alle Pflegekassen hinweg betrachtet steht die Anzahl der Versicherten nicht in Zusammenhang mit der Anzahl der Konzepte. Es zeigen sich aber gewisse Unterschiede in der Anzahl der Konzepte zwischen größeren (über 165.000 Mitglieder) und kleineren Pflegekassen (unter 165.000 Mitglieder) (Tabelle 3). Größere Pflegekassen nutzten durchschnittlich 7,9 Konzepte, von denen im Schnitt 5,3 federführend entwickelt wurden. Kleinere Pflegekassen nutzen durchschnittlich 3,6 Konzepte, von denen durchschnittlich 0,7 federführend entwickelt wurden. Der Unterschied in der Anzahl der federführend entwickelten Konzepte zeigte sich statistisch signifikant. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die verglichenen Gruppen nur über eine Anzahl von jeweils rund 20 Pflegekassen verfügen, da nur 42 Pflegekassen sowohl Angaben zur Mitgliederzahl als auch zur Anzahl federführend entwickelter Konzepte gemacht haben.

<sup>17</sup> Gespräche mit Pflegekassen und Recherchen ergaben, dass diese „Konzepte“ teilweise auch als „Projekte“, „Produkte“ „Maßnahmen“ oder „Angebote für Einrichtungen“ bezeichnet werden.

<sup>18</sup> „Federführung“ in einem Konzept bedeutet, dass eine Pflegekasse die Hauptverantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des Konzepts übernimmt, wenn dies in Kooperation mit weiteren Pflegekassen entwickelt und/oder umgesetzt wird. Bei eigenständigen Konzepten von Pflegekassen (keine Kooperation mit anderen Pflegekassen) ist die eigenständige Pflegekasse ebenfalls „federführend“ im jeweiligen Konzept.

**Tabelle 3: Anzahl präventiver Konzepte pro Pflegekasse**

Gesamtanzahl genutzter Konzepte pro Pflegekasse		
Pflegekassen, die präventive Leistungen umsetzen (n=54) <sup>19</sup>	„Große“ Pflegekassen (über 165.000 Mitglieder), die präventive Leistungen umsetzen (n=26)	„Kleine“ Pflegekassen (unter 165.000 Mitglieder), die präventive Leistungen umsetzen (n=20)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mittelwert=5,9</li> <li>■ Median=4</li> <li>■ Min=0</li> <li>■ Max=41</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mittelwert=7,9</li> <li>■ Median=5</li> <li>■ Min=1</li> <li>■ Max=41</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mittelwert=3,6</li> <li>■ Median=2</li> <li>■ Min=0</li> <li>■ Max=15</li> </ul>
Anzahl federführend entwickelter Konzepte pro Pflegekasse		
Pflegekassen, die präventive Leistungen umsetzen (n=48)	„Große“ Pflegekassen (über 165.000 Mitglieder), die präventive Leistungen umsetzen (n=23)	„Kleine“ Pflegekassen (unter 165.000 Mitglieder), die präventive Leistungen umsetzen (n=19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mittelwert=3,4</li> <li>■ Median=1</li> <li>■ Min=0</li> <li>■ Max=41</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mittelwert=5,3</li> <li>■ Median=2</li> <li>■ Min=0</li> <li>■ Max=41</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mittelwert=0,7</li> <li>■ Median=0</li> <li>■ Min=0</li> <li>■ Max=3</li> </ul>

Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Die wesentlichen Merkmale der Einzelkonzepte ergeben folgendes Gesamtbild:

- Der überwiegende Teil der Konzepte richtet sich an vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit/ohne eingestreute Kurzzeitpflegeplätze (89 Prozent bzw. 79 Prozent), während es nur wenige Konzepte für Tagespflegeeinrichtungen gibt.
- In der aktuellen Umsetzung in Einrichtungen befinden sich 72 Prozent der erfassten Konzepte.
- Für eine zukünftige Umsetzung vorgesehen sind 79 Prozent der Konzepte (darunter sowohl Konzepte, die aktuell genutzt werden, als auch Konzepte, die aktuell nicht genutzt werden).
- Die Hälfte der Konzepte (50 Prozent) wurde bisher (seit 2016) in max. zehn Einrichtungen umgesetzt. Bestimmte Einzelkonzepte weisen eine besonders weite Verbreitung auf, im Maximum erfolgte die Umsetzung bisher in über 500 Einrichtungen.
- Die vorgesehene Förderdauer der Konzepte liegt zumeist zwischen drei Monaten und zwei Jahren.
- Eine Verknüpfung mit betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V findet in 18 Prozent der Konzepte statt.

## 6.2 Ziele, Konzeptinhalte, Handlungsfelder und Zielgruppen der Präventionskonzepte

73 Prozent der Konzepte haben die Stärkung gesundheitsfördernder Potenziale von Pflegeeinrichtungen als Ziel (Abbildung 18) und verfolgen somit das im Präventionsleitfaden festgelegte Oberziel präventiver/gesundheitsfördernder Leistungen in Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 13). 41 Prozent der Konzepte wollen dies mithilfe der Einrichtung von Steuerungsgremien in den Pflegeeinrichtungen erreichen. Die spezifische Stärkung psychosozialer Gesundheit, die Förderung kognitiver Leistungen oder der körperlichen Aktivität und Mobilität sind jeweils in rund zwei Dritteln der Konzepte vorgesehen. Weniger als ein Fünftel der Konzepte (jeweils

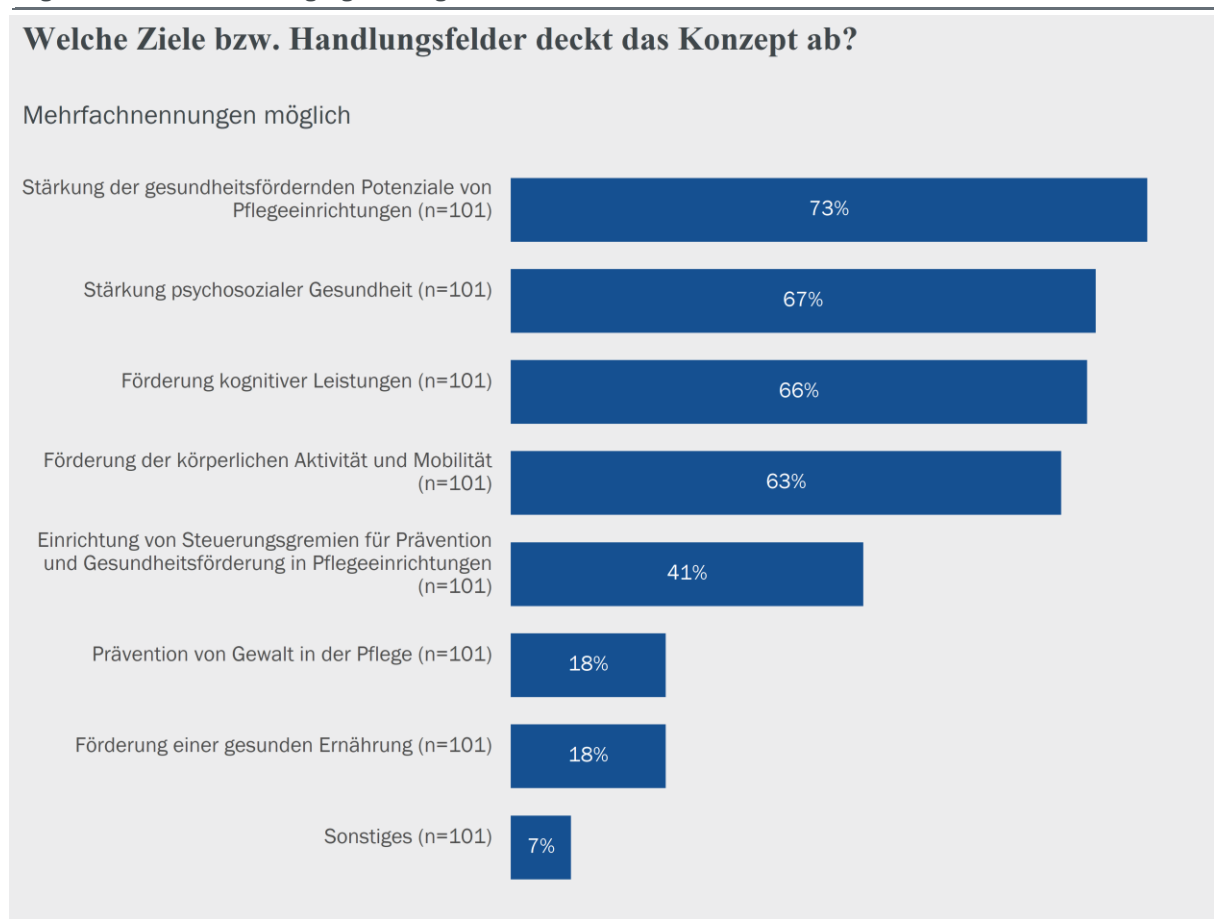
<sup>19</sup> Insgesamt haben 63 Pflegekassen angegeben, dass ihren Leistungen Konzepte zugrunde liegen. Davon haben 54 Pflegekassen zudem Angaben zur Anzahl der genutzten Konzepte gemacht.

18 Prozent) zielen auf die Prävention von Gewalt in der Pflege oder die Förderung einer gesunden Ernährung ab.

Auch die häufige Kombination von Handlungsfeldern des Präventionsleitfadens wird in den 101 Einzelkonzepten erkennbar. Nur rund ein Viertel (26 Prozent) der erfassten Konzepte der Pflegekassen konzentriert sich auf ein einzelnes Handlungsfeld. In den übrigen Fällen sehen die Konzepte eine Kombination von mehreren Handlungsfeldern aus den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt vor. Besonders häufig sind Kombinationen der drei Handlungsfelder körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen und psychosoziale Gesundheit. Dies geschieht in 43 Prozent aller Konzepte. In nur vier Fällen (4 Prozent) decken die Konzepte alle fünf Handlungsfelder gleichzeitig ab.

### Abbildung 18: Ziele bzw. Handlungsfelder der Konzepte

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Mit Blick auf die Inhalte der 101 seitens der Pflegekassen beschriebenen Konzepte ist eine große Vielfalt bei den präventiven Angeboten zu erkennen:

- Bestimmte Maßnahmen bzw. Instrumente werden unabhängig vom jeweiligen Handlungsfeld häufig eingesetzt. Zur Sensibilisierung für die jeweiligen Handlungsfelder sind zumeist Workshops mit Mitarbeiter:innen und teilweise auch Pflegebedürftigen sowie Angehörigen vorgesehen. Die Begleitung von Organisationsentwicklungsprozessen, Mitarbeiter:innenschulungen sowie die Einrichtung von Steuerungsgremien sind über alle Handlungsfelder hinweg

konzeptionell teilweise verankert. Zum Abschluss und als Ergebnis der präventiven Angebote ist oftmals die Erarbeitung von digitalen oder analogen Schulungsmaterialien oder Handlungsempfehlungen für Mitarbeiter:innen vorgesehen.

- Im Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit werden vor allem Bewältigungsstrategien, Achtsamkeits- und Entspannungsverfahren (z. B. Atemtechniken), je nach Projekt sowohl den Mitarbeiter:innen als auch den Pflegebedürftigen vermittelt. Wobei die Mitarbeiter:innen die gelernten Methoden oftmals als Multiplikator:innen in ihrer Einrichtung weiterverbreiten. Dieser Ansatz wird in den Handlungsfeldern psychosoziale Gesundheit und Stärkung kognitiver Ressourcen häufig genutzt.
- Zu Beginn der Konzepte des Handlungsfelds körperliche Aktivität stehen häufig Mobilitätsanalysen im Vordergrund (z. B. über Dokumentationsanalysen und/oder App-gestützt). Über Mitarbeiter:innenschulungen im Bereich der Bewegungsförderung (u. a. Körperwahrnehmung, körperliche und kognitive Aktivierung) werden die Mitarbeiter:innen dazu befähigt eigenständig (musikbasierte, tänzerische) Bewegungsprogramme (z. B. Kraft- und Balancetraining, Aktionstage, Parcours) für Pflegebedürftige anzubieten. Aber auch Achtsamkeit wird im Kontext von körperlicher Aktivität teilweise berücksichtigt.
- Die Stärkung kognitiver Ressourcen wird konzeptionell oftmals durch die Vermittlung von Bewältigungsstrategien oder durch spielerische Elemente berücksichtigt. Spiele werden über digitale Formate (z. B. mithilfe von Tablets) oder etwa in Gedächtnistrainings in Kleingruppen durchgeführt. Über vorbereitende Schulungen wird die Qualifizierung der Mitarbeiter:innen zur Durchführung dieser Angebote gewährleistet. Spielerische Elemente werden aber oft auch mit den Handlungsfeldern psychosoziale Gesundheit und körperliche Aktivität verknüpft.
- Zur Gewaltprävention wird häufig auf die Entwicklung und Implementierung von Handlungsempfehlungen für Mitarbeiter:innen gesetzt. Die zugrunde liegenden Maßnahmen werden oft gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen erarbeitet. Mitarbeiter:innenschulungen in den Bereichen Kommunikation und Deeskalation sind hier häufig ein weiteres konzeptionelles Element.
- Im Handlungsfeld Ernährung werden zunächst vor allem die Speisepläne und der Ernährungsstatus analysiert (z. B. über die Dokumentation). Sowohl Mitarbeiter:innen aus dem Bereich der Hauswirtschaft als auch der Pflege erhalten daraufhin häufig Schulungen zur Verbesserung des Verpflegungsangebots (z. B. Ausgewogenheit, Erreichung der DGE-Standards, altersgerechte Ernährung), zur Förderung des selbstständigen Essens und in der Biografiearbeit. Über gemeinsames Kochen und Genussparcours werden die Pflegebedürftigen teilweise mit in die Angebote einbezogen. Achtsamkeit spielt mitunter bei der Ernährung konzeptionell ebenfalls eine Rolle.

Im Präventionsleitfaden wird der Anspruch formuliert, die Vielfalt bzw. Diversität der pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 11). Mehr als drei Viertel (76 Prozent) der 101 präventiven Einzelkonzepte richten sich an alle Pflegebedürftigen, ohne dass bestimmte Merkmale vorausgesetzt werden (Abbildung 19). 30 Prozent der Konzepte adressieren gezielt Pflegebedürftige mit einer demenziellen Erkrankung. Bestimmte körperliche und kognitive Fähigkeiten werden jeweils in 17 Prozent und 13 Prozent der Konzepte vorausgesetzt. Die gezielte Adressierung von Menschen mit einem Pflegegrad von 1 bis 3 ist in acht Prozent der Konzepte vorgesehen, die von Menschen mit einem Pflegegrad von 4 bis in sechs Prozent der Konzepte. Fünf Prozent der Konzepte zielen spezifisch auf Menschen mit einem nicht deutschen kulturellen Hintergrund und/oder einer nicht deutschen Muttersprache.

## Abbildung 19: Zielgruppen der präventiven Angebote

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Nach Angaben der Pflegekassen sind 42 Prozent der Konzepte geschlechtergerecht gestaltet. Die Umsetzung der Geschlechtergerechtigkeit wurde offen abgefragt und ergab folgendes Bild:

- Gleicher Zugang für alle Geschlechter (5 Nennungen)
- Genderneutrale Sprache (3 Nennungen)
- Individuelle Ansprache des Pflegebedürftigen mit den jeweiligen Persönlichkeitsmerkmalen (1 Nennung)

Kultursensibel gestaltet seien zudem 32 Prozent der Konzepte, was nach Angaben der Pflegekassen mit folgenden Maßnahmen erreicht wird:

- Informationen und Unterlagen in einfacher Sprache oder Fremdsprache bereitstellen (3 Nennungen)
- Sprachbarrieren werden berücksichtigt (2 Nennungen)
- Angebote sind möglichst barrierearm gestaltet (1 Nennung)
- spezielle Qualifizierungen (1 Nennung)

Weitere Anmerkungen von Pflegekassen zur kultursensiblen Gestaltung wurden erfasst:

- Es wird individuell auf die Bedürfnisse eingegangen (2 Nennungen).
- Kultursensible Ansprache liegt in Verantwortung der Umsetzer (2 Nennungen).
- Interventionen in anderen Sprachen sind schwierig (1 Nennung).

In den Workshops erweitert die Perspektive der Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen den Blick auf die Kultursensibilität präventiver Angebote. Sie verweisen darauf, dass Minderheitengruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund bislang nicht ausreichend berücksichtigt werden, z. B. hinsichtlich kulturspezifischer Ernährungsangebote. Zukünftig sei von einer Bedeutungszunahme unter anderem von Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund auszugehen, beispielsweise vor dem Hintergrund der aktuellen Ukraine-Krise. Ergänzend ist an dieser Stelle auf Abschnitt 7.3 zu verweisen, da sich das Thema Kultursensibilität nicht auf die Pflegebedürftigen beschränkt. Sprachbarrieren zeigen sich nach Angaben der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen zum Teil bei Mitarbeiter:innen mit eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen.

Auch junge Pflegebedürftige könnten aus Sicht der Interessenvertretungen in Zukunft an Bedeutung gewinnen, da die Zahl der jung an einer demenziellen Erkrankung leidenden Personen zunimmt, die Konzepte präventiver Angebote bisher aber eher auf ältere Pflegebedürftige ausgerichtet seien. Dieser Aspekt wird von den Pflegekassen (verbänden) bestätigt. Die Trägerverbände von Pflegeeinrichtungen sehen zudem noch keine ausreichende Berücksichtigung stark eingeschränkter Pflegebedürftiger im Kontext der Gleichberechtigung innerhalb der Gesamtgruppe pflegebedürftiger Menschen.

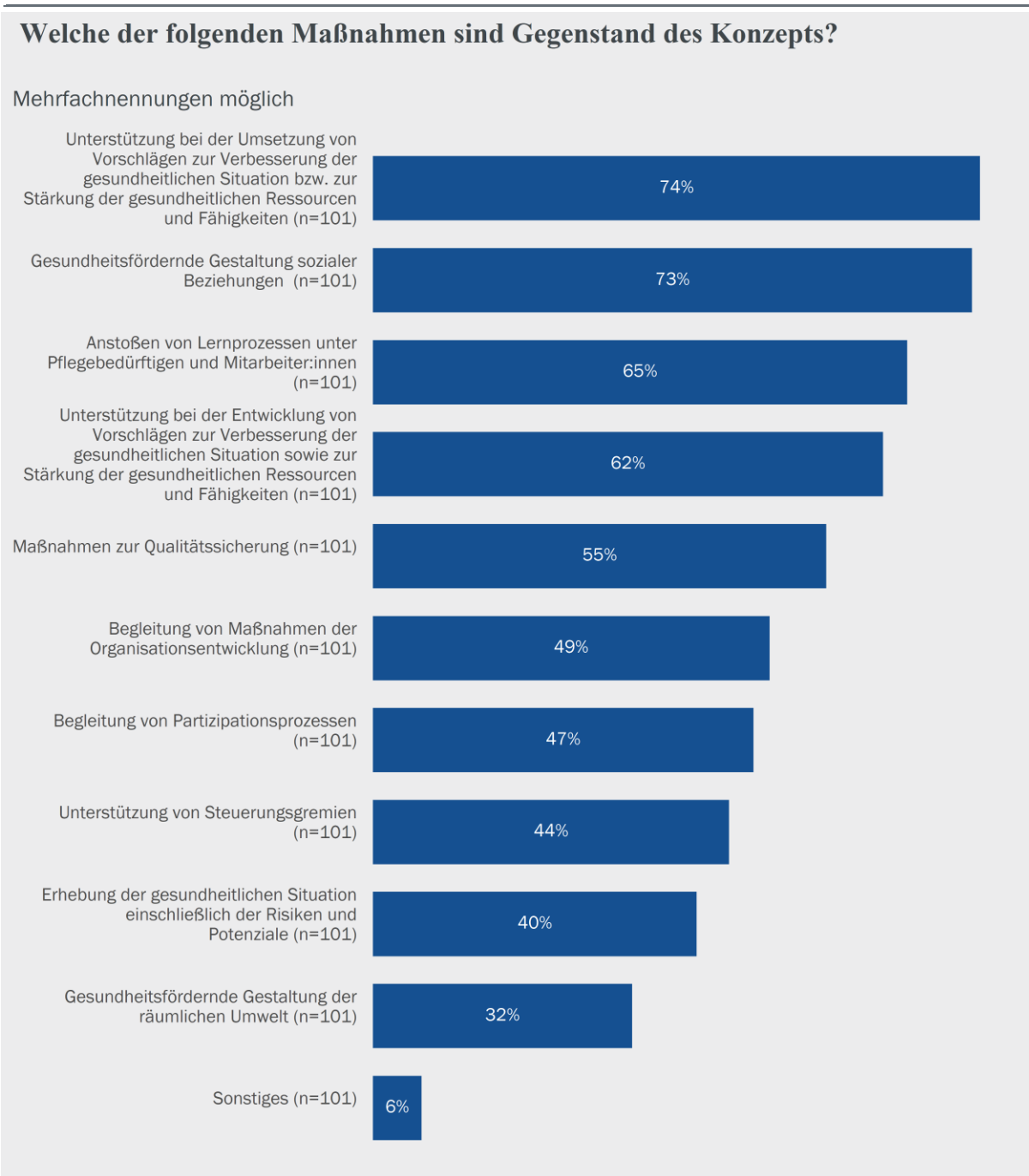
### 6.3 Maßnahmen und Wirksamkeitsbelege der Präventionskonzepte

Laut dem Präventionsleitfaden ist es Voraussetzung für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen, dass die Lebensbedingungen entsprechend nachhaltig gestaltet werden (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 4). Dementsprechend wird konstatiert, dass „Prävention in der stationären Pflege [...] konsequent dem Ansatz der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Settings) folgen [muss]“ (ebd.). Ein Setting ist ein Sozialzusammenhang, in dem sich Menschen in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat (Hartung & Rosenbrock, 2015).

Die **Pflegekassen** berichten (Abbildung 20), dass vorgesehene Maßnahmen im Sinne des Setting-Ansatzes in fast drei Viertel der Konzepte (74 und 73 Prozent) jeweils Maßnahmen zur Unterstützung bei der Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation bzw. zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und zur gesundheitsfördernden Gestaltung sozialer Beziehungen enthalten (Abbildung 20). Fast zwei Drittel der Konzepte (65 Prozent) berücksichtigen das Anstoßen von Lernprozessen unter Pflegebedürftigen und Mitarbeiter:innen als Maßnahme. Etwa sechs von zehn Konzepten integrieren unterstützende Maßnahmen bei der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten. In etwas mehr als der Hälfte der Konzepte (55 Prozent) werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung berücksichtigt. Jeweils enthält knapp die Hälfte der Konzepte (49 und 47 Prozent) Maßnahmen zur Begleitung von Organisationsentwicklung und Partizipationsprozessen. Die Unterstützung von Steuerungsgremien ist Gegenstand in etwas weniger als der Hälfte der Konzepte (44 Prozent). 40 Prozent der Konzepte beinhalten die Erhebung der gesundheitlichen Situation, einschließlich der Risiken und Potenziale. Knapp ein Drittel (32 Prozent) berücksichtigt Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Umgebung. Zusammengefasst beinhalten die Konzepte in der Regel ein Bündel von Maßnahmen bzw. intendierter Effekte (viele Mehrfachnennungen). Die Maßnahmen zielen stärker auf die Umsetzung präventiver Angebote ab als auf deren Entwicklung. Im Fokus stehen die Pflegebedürftigen und die Mitarbeiter:innen der Pflegeeinrichtungen. Vorgesehen sind sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen.

## Abbildung 20: Maßnahmen im Sinne des Setting-Ansatzes in Konzepten

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

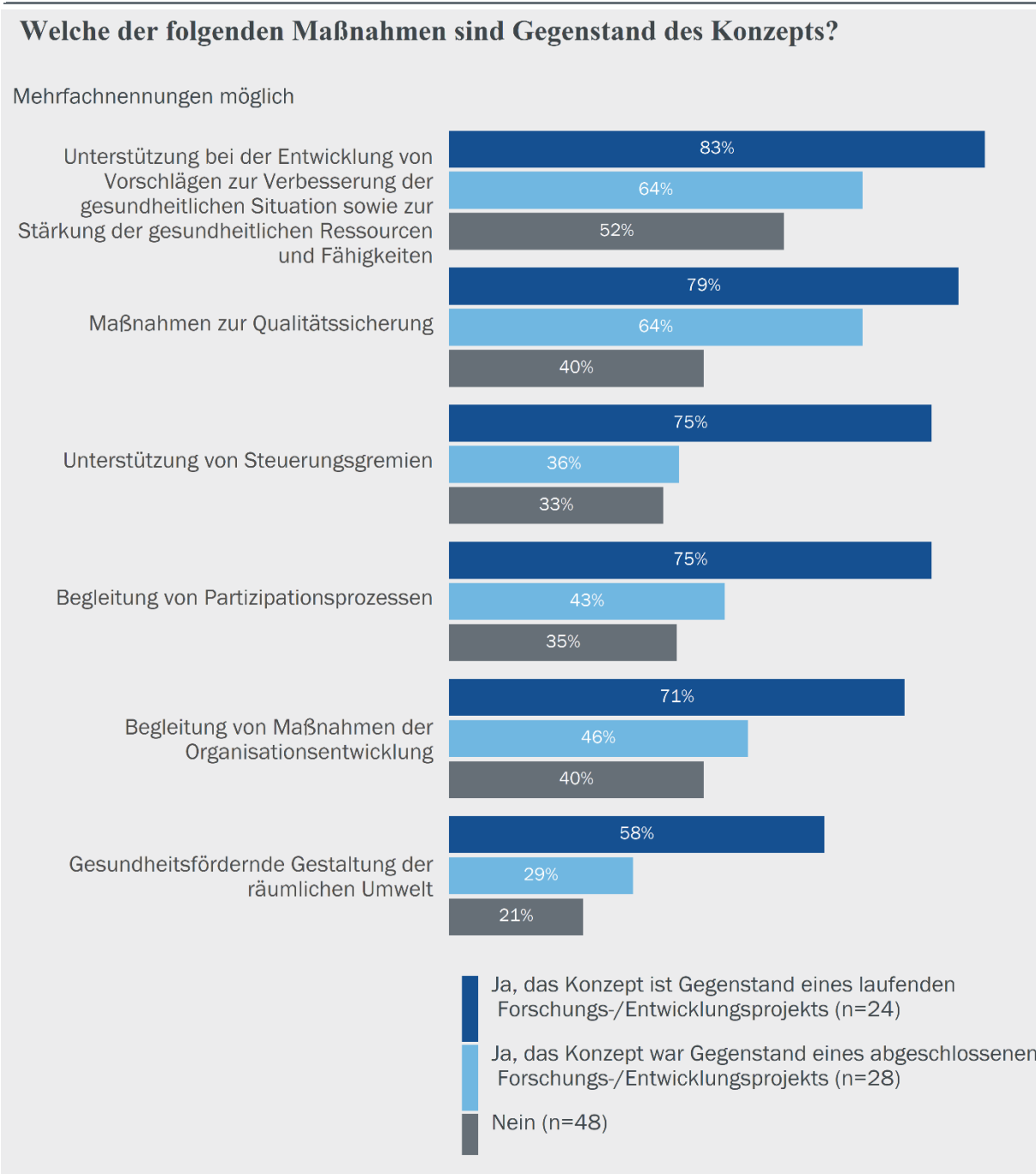
© Prognos 2022

Nach Angaben der **Pflegekassen** sind bzw. waren die Hälfte (52 Prozent) der 101 erfassten Konzepte Gegenstand eines Forschungs- und Entwicklungsprojektes. Für die andere Hälfte (48 Prozent) trifft dies nicht zu.

Bestimmte Maßnahmen im Sinne des Setting-Ansatzes sind deutlich häufiger Bestandteil der Konzepte, die Gegenstand eines Forschungs- und Entwicklungsprojekt sind bzw. waren (Abbildung 21). Dabei zeigen sich auch teils deutliche Unterschiede zwischen Konzepten, die Gegenstand eines laufenden und eines abgeschlossenen Forschungs- und Entwicklungsprojektes sind.

**Abbildung 21: Maßnahmen im Sinne des Setting-Ansatzes in unterschiedlichen Konzeptarten**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Digitale Anwendungen oder Formate werden in 66 Prozent der Konzepte verwendet. Dabei sind Videotelefonie oder -konferenzen (32 Prozent) und Online-Schulungen für Mitarbeiter:innen (26 Prozent) am häufigsten vertreten. Bei näherer Betrachtung zeigte sich auch, dass Konzepte, in denen digitale Formate oder Anwendungen umgesetzt werden, deutlich häufiger Gegenstand eines laufenden oder abgeschlossenen Forschungs- und Entwicklungsprojekts (65 Prozent) sind als Konzepte ohne digitale Formate oder Anwendungen (27 Prozent).

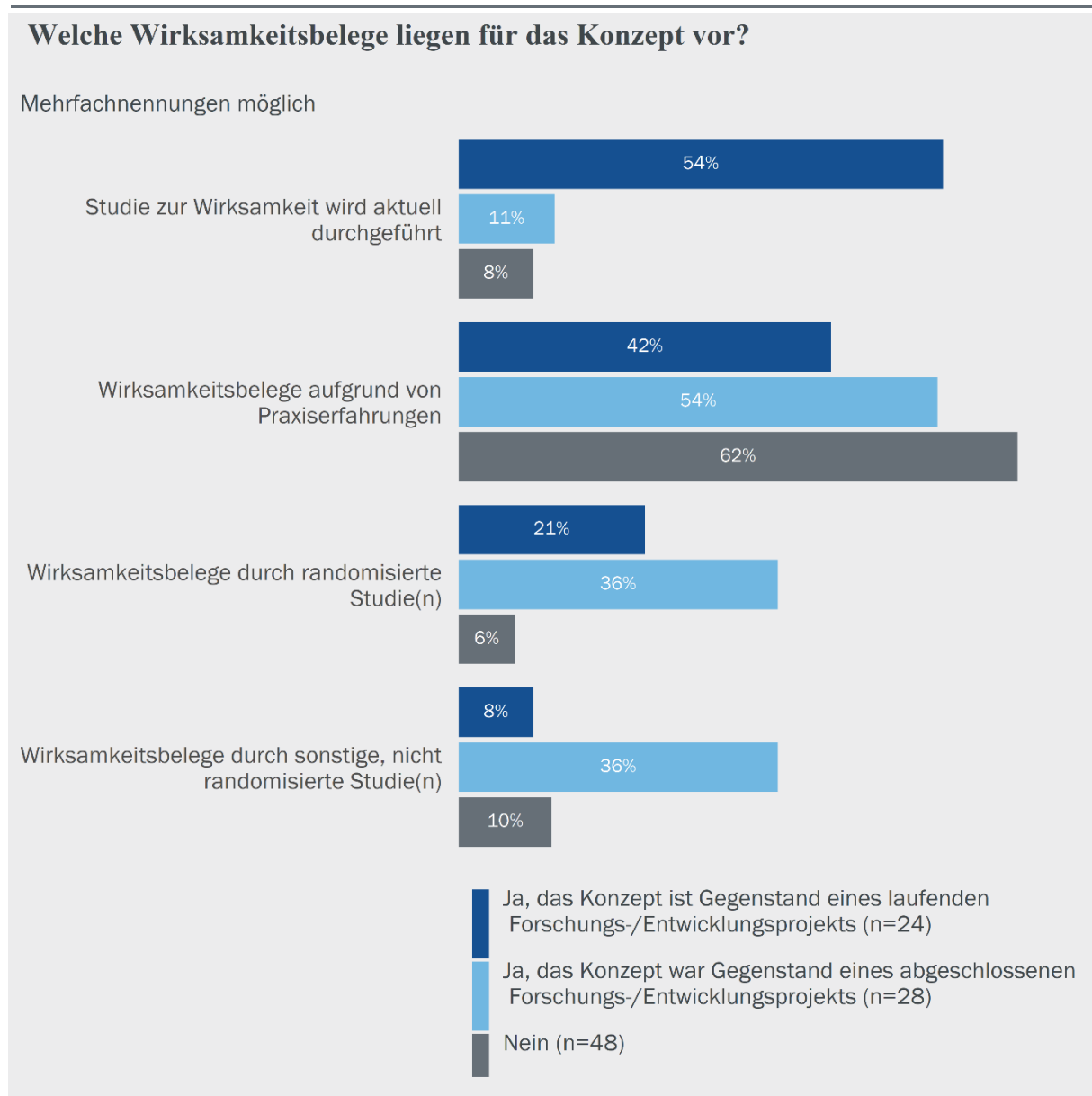


Insgesamt wird für 85 Prozent der Konzepte angegeben, dass Wirksamkeitsbelege vorliegen oder aktuell erhoben werden. Dabei werden Praxiserfahrungen am häufigsten genannt (55 Prozent), gefolgt von randomisierten (18 Prozent) und nicht randomisierten Studien (17 Prozent).

Praxiserfahrungen werden also grundsätzlich sehr häufig als Wirksamkeitsbeleg genannt, was auf den Mangel an evidenzbasierten Maßnahmen hinweist. Besonders hoch ist dieser Anteil bei den erfassten Präventionskonzepten, die (bisher noch) nicht Gegenstand eines Forschungs- und Entwicklungsprojekts sind (Abbildung 22). Auch dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten für die Entwicklung und Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen.

**Abbildung 22: Vorliegen von Wirksamkeitsbelegen für Konzepte nach Art der Projekte**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



## Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Die Pflegekassen setzen im Schnitt ca. sechs präventive Konzepte (Median: 4) um. Federführend setzen sie durchschnittlich 3,4 Konzepte um (Median: 1). „Größere“ Pflegekassen (über 165.000 Mitglieder) nutzen jeweils eine größere Anzahl an Konzepten und haben zudem häufiger die Federführung bei deren Entwicklung und Umsetzung als „kleinere“ Pflegekassen (unter 165.000 Mitglieder).
- Ein Großteil der 101 erfassten präventiven Konzepte ist für vollstationäre Einrichtungen ausgelegt, nur wenige für die Tagespflege.
- Die meisten erfassten Konzepte werden zum Erhebungszeitpunkt umgesetzt und viele sollen auch in Zukunft genutzt werden.
- Obwohl die meisten Konzepte nach Angaben der Pflegekassen grundsätzlich für alle Pflegebedürftigen geeignet sind, gibt es Hinweise, dass bestimmte Gruppen im Setting Pflegeeinrichtung nicht ausreichend erreicht werden können (insbesondere mit sehr hohem Pflegebedarf und junge Pflegebedürftige). Für Pflegebedürftige mit demenziellen Erkrankungen gibt es hingegen bereits eine ganze Reihe an spezifischen Konzepten.
- Auch die geschlechterspezifische Gestaltung wird für über ein Drittel der Konzepte angegeben, wobei hier oftmals kein gängiges Verständnis von Geschlechtergerechtigkeit erkennbar ist. (Gleicher Zugang für alle Geschlechter wird häufig als Kriterium genannt).
- Eine kultursensible Gestaltung wird ebenfalls etwa für ein Drittel der Konzepte angegeben und bezieht sich in erster Linie auf mehr- oder fremdsprachige Angebote. In mehrsprachig gestalteten Angeboten wird ein großes Potenzial erkennbar, um die Sprachbarrieren seitens der Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen zu überwinden und damit die Rahmenbedingungen für die praktische Umsetzung der Angebote zu verbessern.
- Es besteht eine große Vielfalt der Verbreitung präventiver Angebote auf Grundlage einzelner Konzepte (variiert von einer bis 500 Einrichtungen).
- Präventive Konzepte auf Basis von – insbesondere aktuellen – Forschungs- und Entwicklungsprojekten, also unter Beteiligung von Forschungseinrichtungen, erfüllen bestimmte Kriterien des Präventionsleitfadens nach dem Setting-Ansatz deutlich häufiger als andere Konzepte. Sie schaffen zudem eine höhere Evidenz. Dies verdeutlicht den Wert einer umfassenden wissenschaftlichen Begleitung von präventiven Angeboten, um den Präventionsauftrag entsprechend dem Präventionsleitfaden umzusetzen.

## 7 Rahmenbedingungen der Umsetzung präventiver Angebote

---

Der Präventionsleitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ gibt Pflegekassen den Handlungsrahmen für die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten. Abschnitt 7.1, 7.2 und 7.3 liefern einen Überblick der Evaluationsbefunde zu den im Präventionsleitfaden formulierten Kriterien, Handlungsfeldern und den Rahmenbedingungen der Verbreitung, Umsetzung und dauerhaften Implementierung in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Abschnitte 7.4 bis 7.6 vertiefen die Partizipation der Pflegebedürftigen, die Nutzung digitaler Formate und Anwendungen, die Verknüpfung mit betrieblicher Gesundheitsförderung sowie die Evaluation und Qualitätssicherung der Angebote.

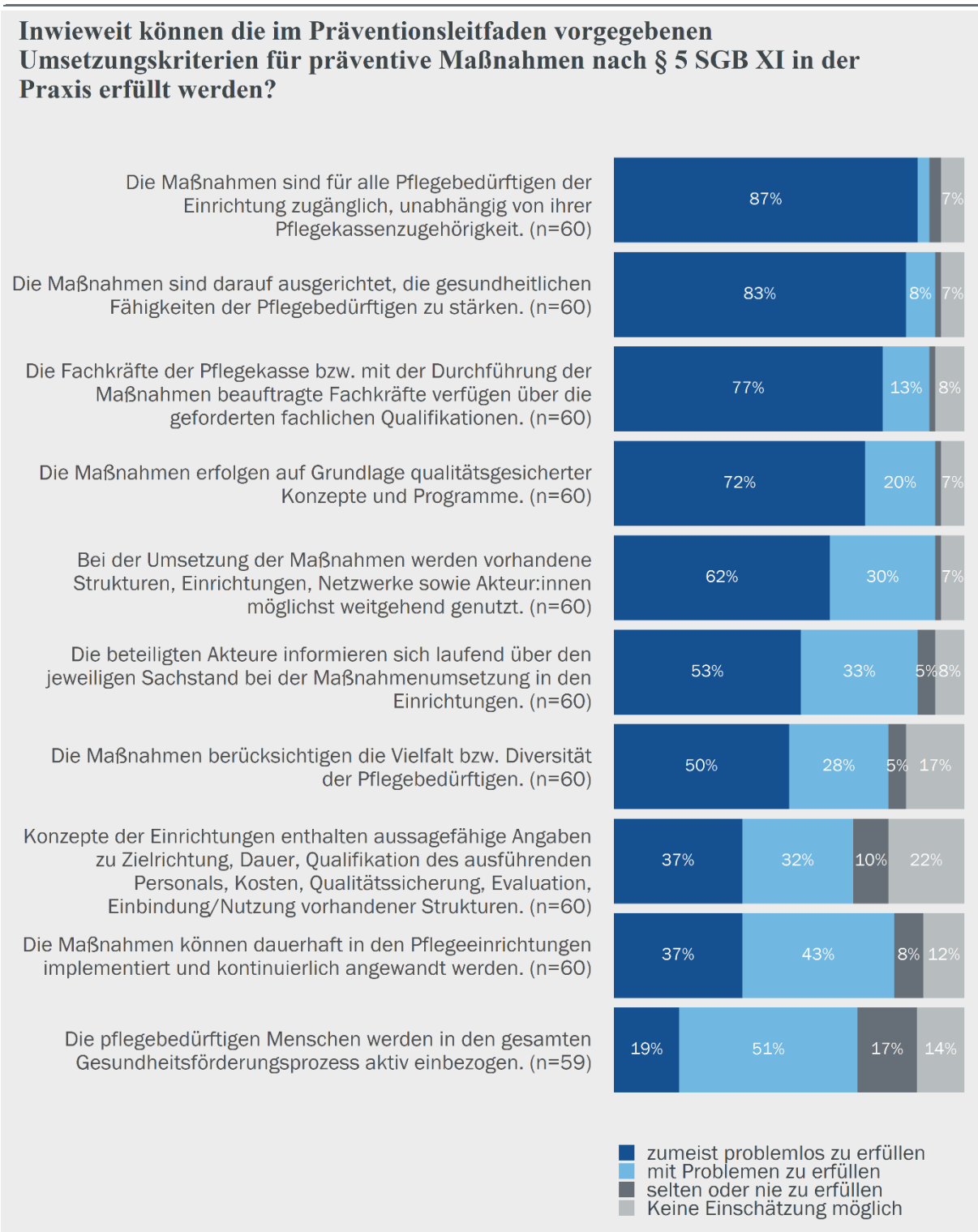
### 7.1 Umsetzungs- und Ausschlusskriterien des Präventionsleitfadens

Das Erfüllen der Umsetzkriterien präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI fällt aus Sicht der befragten **Pflegekassen**, die präventive Leistungen erbringen, in Teilen unterschiedlich aus (Abbildung 23). Die von der Pflegekassenzugehörigkeit unabhängige Zugänglichkeit der Pflegebedürftigen zu den jeweiligen Maßnahmen ist zumeist problemlos gewährleistet (87 Prozent), ebenso die Ausrichtung der Maßnahmen auf die Stärkung der gesundheitlichen Fähigkeiten (83 Prozent). Die dauerhafte Implementierung und kontinuierliche Anwendung der Maßnahmen gelingt hingegen laut der Hälfte der Pflegekassen selten, nie oder nur mit Problemen. Besonders herausfordernd erscheint das aktive Einbeziehen pflegebedürftiger Menschen in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess. D. h., die Partizipation der Pflegebedürftigen etwa bei der Bedarfsanalyse, Gestaltung und Evaluation der präventiven Angebote (nicht nur bei der praktischen Durchführung der Maßnahmen) ist eine Herausforderung. Laut 68 Prozent der Pflegekassen ist dies in der Praxis selten, nie oder (nur) mit Problemen möglich. In der Befragung wurden zudem Anhaltspunkte dafür gefunden, dass größere Pflegekassen (über 165.000 Mitglieder) einzelne Umsetzkriterien leichter erfüllen können als kleinere Pflegekassen (unter 165.000 Mitglieder).<sup>20</sup> Als mögliche Gründe kommen laut eines Workshops mit Pflegekassen(verbänden) unterschiedlich ausgeprägte Strukturen bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Unterschiede beim verfügbaren Gesamtbudget für Leistungen nach § 5 SGB XI, das von der Versicherungszahl abhängt, in Betracht.

<sup>20</sup> Eine Erläuterung der Abgrenzung „größerer“ und „kleinerer“ Pflegekassen anhand der Mitgliederzahl findet sich in Fußnote 15.

### Abbildung 23: Erfüllbarkeit der im Präventionsleitfaden vorgegebenen Umsetzungskriterien aus Perspektive der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

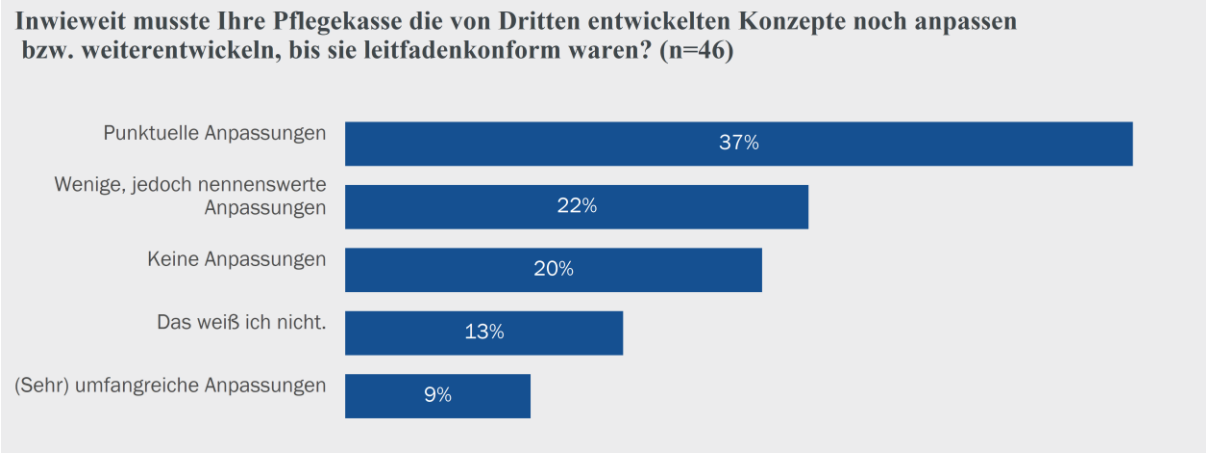
© Prognos 2022

Insgesamt gaben **46 Pflegekassen** an, dass sie im Rahmen der Förderung präventiver Angebote unter anderem Konzepte von Dritten (z. B. Dienstleister oder Pflegeeinrichtungen) umsetzen.

Diese mussten aber in mindestens zwei Dritteln aller Fälle angepasst werden, damit sie den Kriterien im Präventionsleitfaden entsprachen und im Sinne des § 5 SGB XI umgesetzt werden konnten (Abbildung 24).

**Abbildung 24: Anpassungsbedarfe von Konzepten im Hinblick auf deren Leitfadenskonformität**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



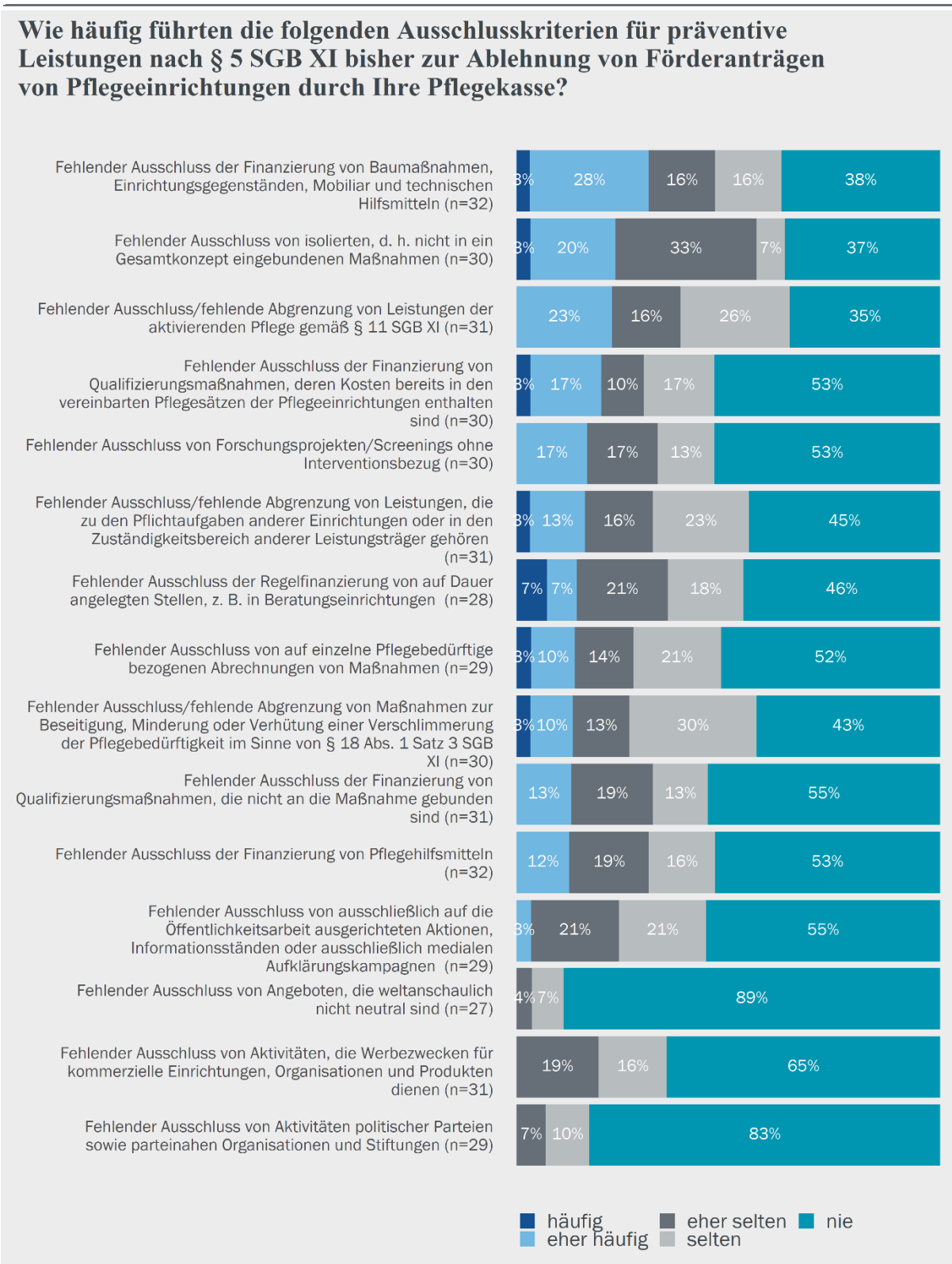
Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Knapp der Hälfte der **Pflegekassen**, die präventive Leistungen erbringen, war keine Einschätzung dazu möglich, wie häufig die Ausschlusskriterien für präventive Leistungen nach § 5 SGB XI zu einer Ablehnung von Förderanträgen seitens der Pflegekassen führte (Abbildung 25). Diejenigen Pflegekassen, die eine Beurteilung vorgenommen haben, lehnten in knapp einem Drittel der Fälle (31 Prozent) Förderanträge häufig oder eher häufig ab, wenn nicht ausgeschlossen werden konnte, dass die Fördermittel der Finanzierung von Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenständen, Mobiliar und technischen Hilfsmittel dienen. Weitere, vergleichsweise häufig angegebene Gründe betreffen isolierte Maßnahmen ohne ein Gesamtkonzept sowie verschiedene Abgrenzungsprobleme zu anderen Leistungsbereichen (Pflegeleistungen nach § 11 SGB XI, im Rahmen der Pflegesätze finanzierte Qualifizierungsmaßnahmen sowie Leistungen mit Zuständigkeit anderer Leistungsträger).

### Abbildung 25: Ablehnung von Förderanträgen aufgrund der Ausschlusskriterien für präventive Leistungen nach § 5 SGB XI

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil der Pflegekassen Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Die Umsetzungskriterien des Präventionsleitfadens sind aus Sicht der Pflegekassen zum Großteil problemlos zu erfüllen. Hervorzuheben ist, dass der Zugang zu den präventiven Leistungen für Pflegebedürftige zumeist unabhängig von der Kassenzugehörigkeit problemlos möglich ist.
- Von den Umsetzungskriterien für Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI, die im Präventionsleitfaden angeführt werden, sind laut Pflegekassen vor allem die dauerhafte Implementierung und kontinuierliche Anwendung der Maßnahmen sowie das aktive Einbeziehen pflegebedürftiger Menschen in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess herausfordernd.
- Setzen Pflegekassen präventive Leistungen mithilfe von Konzepten Dritter um, z. B. Dienstleister oder Pflegeeinrichtungen, ist als Voraussetzung zur Erfüllung der Umsetzungskriterien häufig Anpassungsbedarf auf Konzeptebene durch die Pflegekassen erforderlich.
- Etwa die Hälfte der Pflegekassen hat im Rahmen der Online-Befragung Angaben dazu gemacht, welche Ausschlusskriterien zur Ablehnung von Förderanträgen führen. Am häufigsten wurde hierzu genannt, dass die Finanzierung von Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenständen, Mobiliar und technischen Hilfsmitteln nicht auszuschließen sei.

## 7.2 Adressierung der Präventionsziele inkl. der Handlungsfelder

Der Präventionsleitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen legt in Kapitel 6 Ziele für die Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen fest (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 13). Zusätzlich zum Oberziel der Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen werden dort folgende Teilziele benannt (ebd.):

- **Teilziel 1:** Erhöhung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Steuerungsgremium vorweisen, welches sich mit Prävention/Gesundheitsförderung ihrer Bewohner:innen bzw. Gäste befasst
- **Teilziel 2.1:** Erhöhung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards basierendes Verpflegungskonzept vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen
- **Teilziel 2.2:** Erhöhung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen
- **Teilziel 2.3:** Erhöhung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen
- **Teilziel 2.4:** Erhöhung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen
- **Teilziel 2.5:** Erhöhung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einrichtungsinternen Handlungsleitlinien oder einem Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege und mit Umsetzung der Handlungsleitlinien oder der Maßnahmen des Konzepts

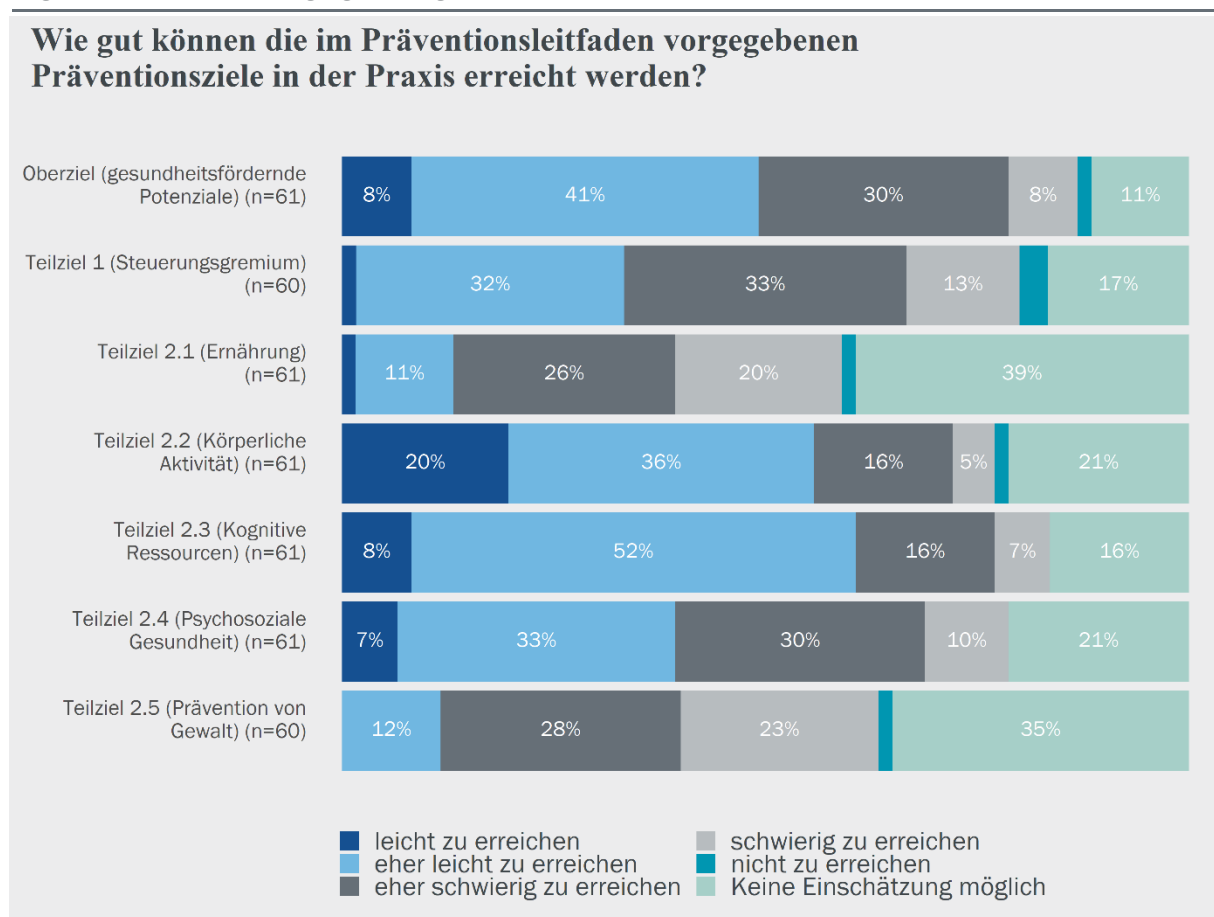
Gesundheitsfördernde Potenziale (Oberziel) in Pflegeeinrichtungen zu stärken und dort Steuerungsgremien aufzubauen (Teilziel 1) bewerten die Hälfte (49 Prozent) bzw. ein Drittel (34 Prozent) der Pflegekassen als leicht oder eher leicht zu erreichen.

Die Erreichbarkeit der Teilziele 2.1 bis 2.5 ist aus Perspektive der befragten **Pflegekassen**, die präventive Leistungen erbringen, unterschiedlich (Abbildung 26). Die Teilziele 2.2 (körperliche Aktivität) und 2.3 (kognitive Ressourcen) sind aus Sicht der Mehrheit der befragten Pflegekassen (eher) leicht zu erreichen. Auch das Teilziel 2.4 (Stärkung psychosozialer Gesundheit) wird von über einem Drittel (40 Prozent) als (eher) leicht erreichbar bewertet. Jeweils rund die Hälfte dieser Pflegekassen gibt jedoch an, dass das Teilziel 2.5 (Prävention von Gewalt) und das Teilziel 2.1 (Ernährung) in der Praxis (eher) schwierig oder nicht zu erreichen ist.

Diese Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen zur Erreichbarkeit der im Präventionsleitfaden definierten Ziele spiegeln die im jährlichen GKV-Präventionsbericht dokumentierte, tatsächliche Zielerreichung wider. Demnach setzten im Jahr 2020 deutlich mehr Einrichtungen Konzepte oder Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen (n=1.327), zur Stärkung psychosozialer Gesundheit (n=1.030) oder zur körperlichen Aktivität (n=1.448) um als zur Prävention von Gewalt (n=500) oder zur Ernährung (n=455) (MDS/GKV-Spitzenverband, 2021, S. 122 ff.).

**Abbildung 26: Erreichbarkeit der im Präventionsleitfaden vorgegebenen Präventionsziele aus Perspektive der Pflegekassen**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

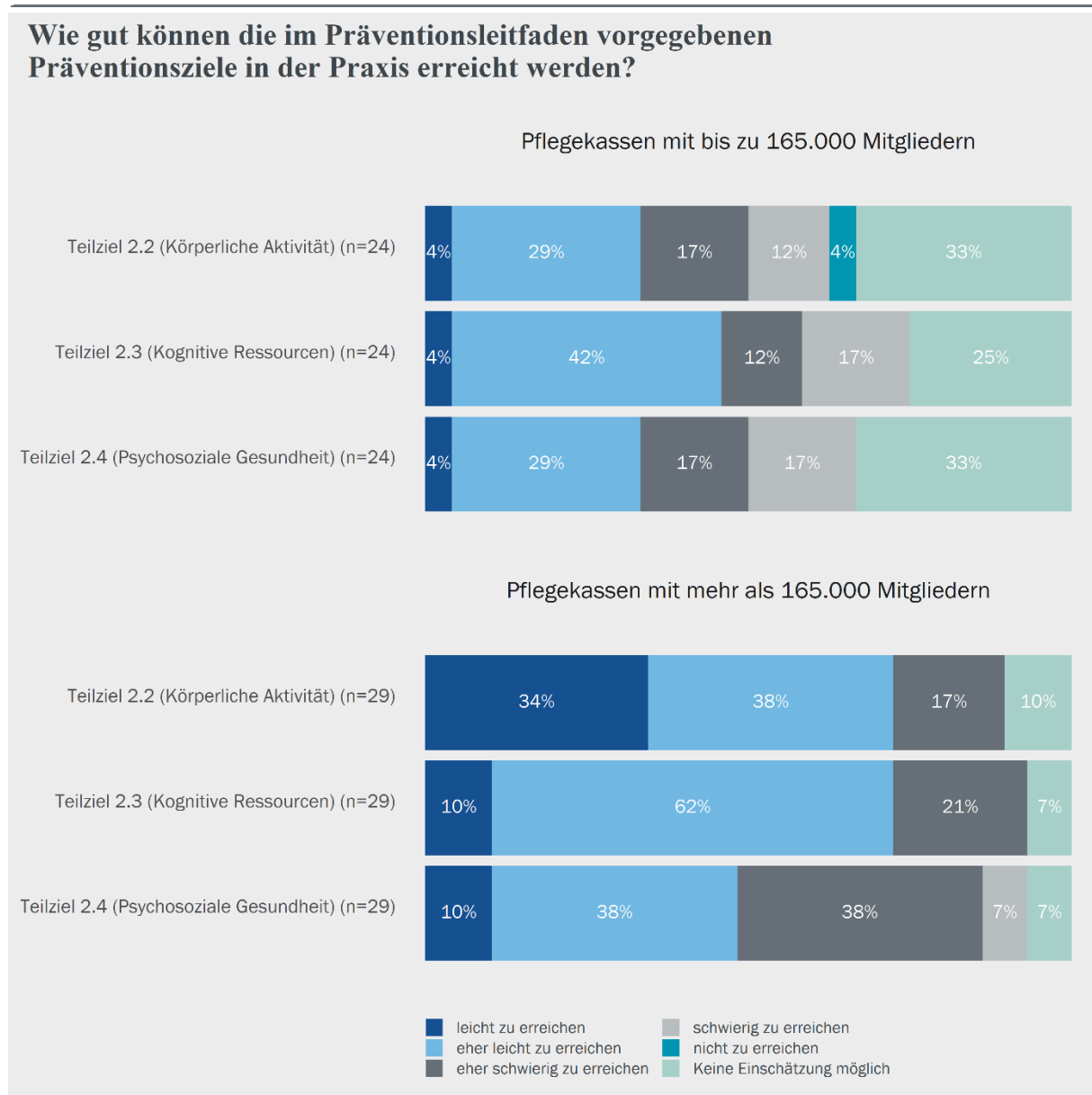
Anhand von Abbildung 27 wird erkennbar, dass größere **Pflegekassen** (mit mehr als 165.000 Mitgliedern) die besonders oft verfolgten Teilziele (2.2 körperliche Aktivität, 2.3 Kognition und 2.4 psychosoziale Gesundheit) eigenen Angaben zufolge leichter erfüllen können als kleinere Pflegekassen. Mit Blick auf die als insgesamt weniger leicht erreichbar bewerteten Teilziele (1. Einrichtung von Steuerungsgremien, 2.1 Ernährung und 2.5 Prävention von Gewalt) gibt es hingegen



keine Hinweise für unterschiedliche Bewertungen in Abhängigkeit von der Größe der Pflegekasse. Insgesamt bewerten kleinere Pflegekassen die Erreichbarkeit der Präventionsziele also als weniger leicht, wohingegen größere Pflegekassen durchschnittlich eine leichtere Erreichbarkeit angeben.

**Abbildung 27: Erreichbarkeit der im Präventionsleitfaden vorgegebenen Präventionsziele nach Größe der Pflegekassen**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

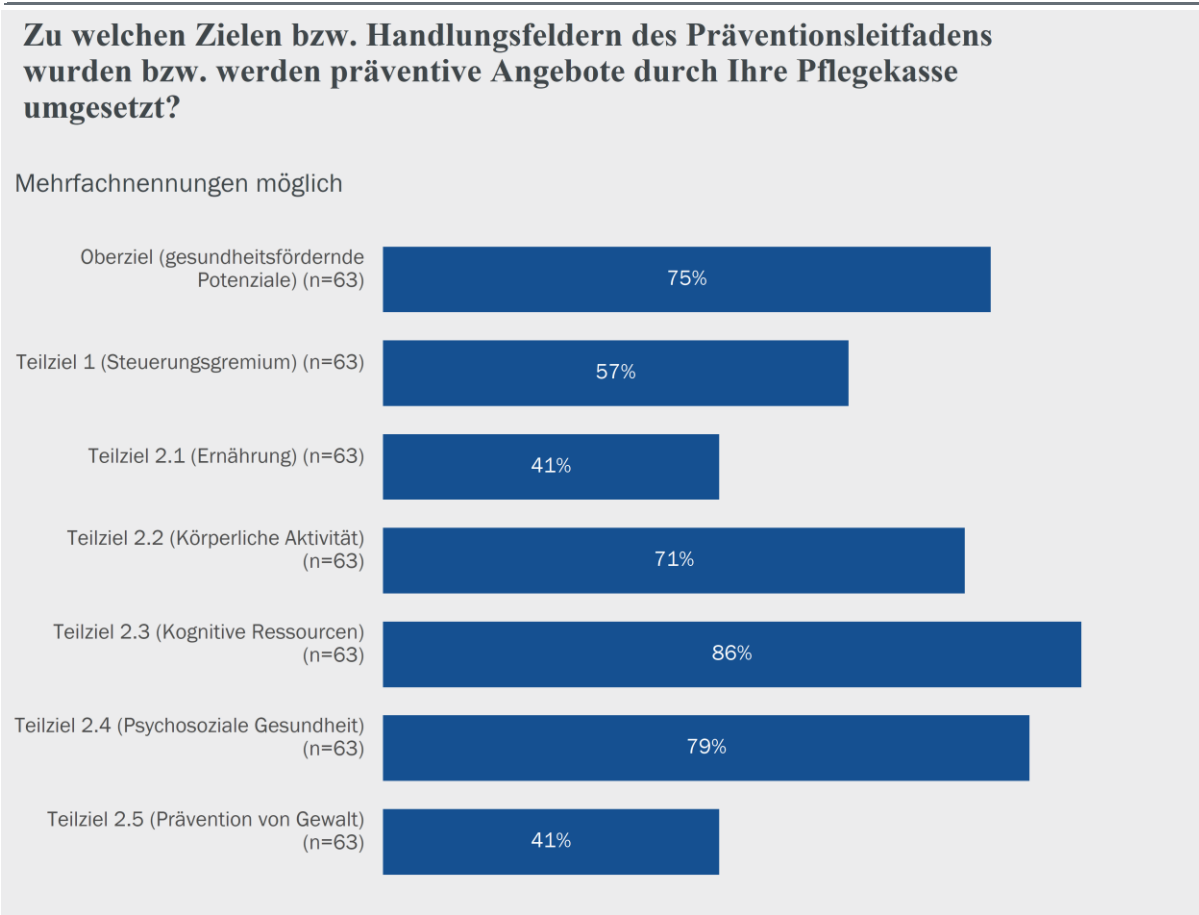
© Prognos 2022

Aus den Angaben der befragten **Pflegekassen**, die präventive Leistungen erbringen, geht hervor, dass alle Präventionsziele bzw. Handlungsfelder adressiert werden, wenn auch nicht im selben Umfang (Abbildung 28). 86 Prozent der befragten Pflegekassen setzen präventive Angebote zur Förderung kognitiver Leistungen um. Auch die Stärkung psychosozialer Gesundheit, Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale und die Förderung körperlicher Aktivität werden von jeweils mehr als 70 Prozent der Pflegekassen in Form von präventiven Angeboten umgesetzt. Etwas sel-

tener werden Steuerungsgremien eingesetzt (57 Prozent). Die Ziele bzw. Handlungsfelder Ernährung und Prävention von Gewalt werden weniger häufig durch die Umsetzung präventiver Angebote adressiert, jeweils 41 Prozent der Pflegekassen geben an, diesbezüglich Angebote umzusetzen.

### Abbildung 28: Bereiche, in welchen die Pflegekassen präventive Angebote umsetzen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



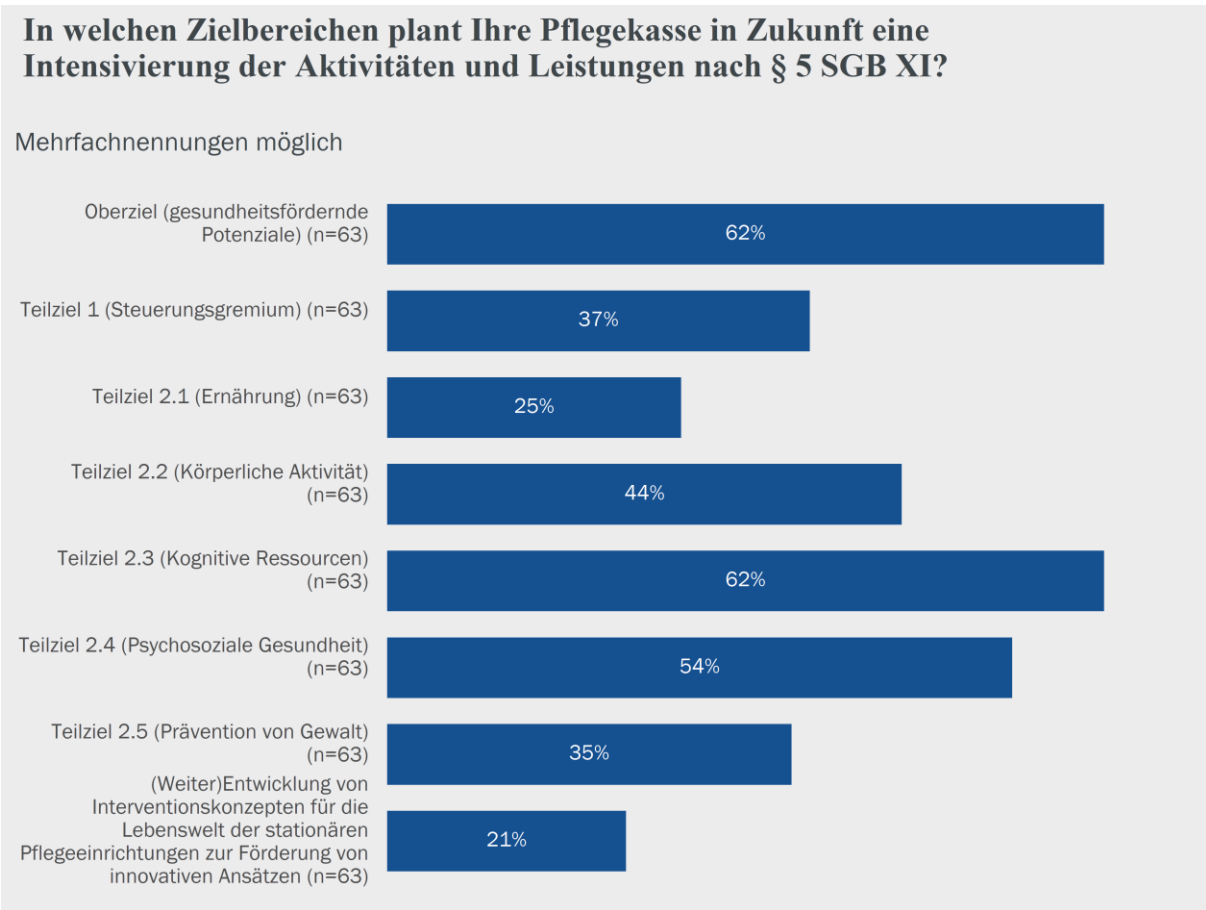
Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

In Zukunft planen die **Pflegekassen** insbesondere eine Intensivierung der Aktivitäten und Leistungen nach § 5 SGB XI in den Zielbereichen gesundheitsfördernde Potenziale und kognitive Ressourcen (jeweils 62 Prozent) (Abbildung 29). Auch in den Zielbereichen körperliche Aktivität und psychosoziale Gesundheit plant etwas weniger bzw. etwas mehr als der Hälfte der Pflegekassen eine Intensivierung (44 Prozent bzw. 54 Prozent). Die Teilziele Gewaltprävention und Ernährung werden seltener genannt, jeweils von ca. einem Drittel (35 Prozent) und einem Viertel (25 Prozent) der Pflegekassen. Etwa 21 Prozent der Pflegekassen streben eine Weiterentwicklung von Interventionskonzepten zur Förderung innovativer Ansätze an. Auf eine diesbezügliche offene Abfrage in der Online-Befragung gaben zwölf Pflegekassen mehrheitlich (acht Antworten) an, dass sich die innovativen Ansätze auf digitale Formate wie E-Learning, Podcasts oder Videoclips beziehen. Die Interviews mit Pflegekassen(verbänden) und Dienstleistern ergaben keine darüberhinausgehenden Informationen zum Thema innovative Ansätze.

### Abbildung 29: Zukünftige Zielbereiche der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

In drei Zielbereichen zeigen sich zudem deutliche Unterschiede zwischen größeren **Pflegekassen** (mehr als 165.000 Mitglieder) und eher kleineren Pflegekassen (bis zu 165.000 Mitglieder) bezüglich einer zukünftigen Intensivierung der Aktivitäten und Leistungen. Bei Teilziel 1 (Steuerungsgremium: 52 Prozent), Teilziel 2.5 (Prävention von Gewalt: 55 Prozent) sowie bei der Förderung innovativer Ansätze (34 Prozent) planen größere Pflegekassen häufiger eine Intensivierung als kleine Pflegekassen (16 Prozent, 12 Prozent bzw. 4 Prozent).

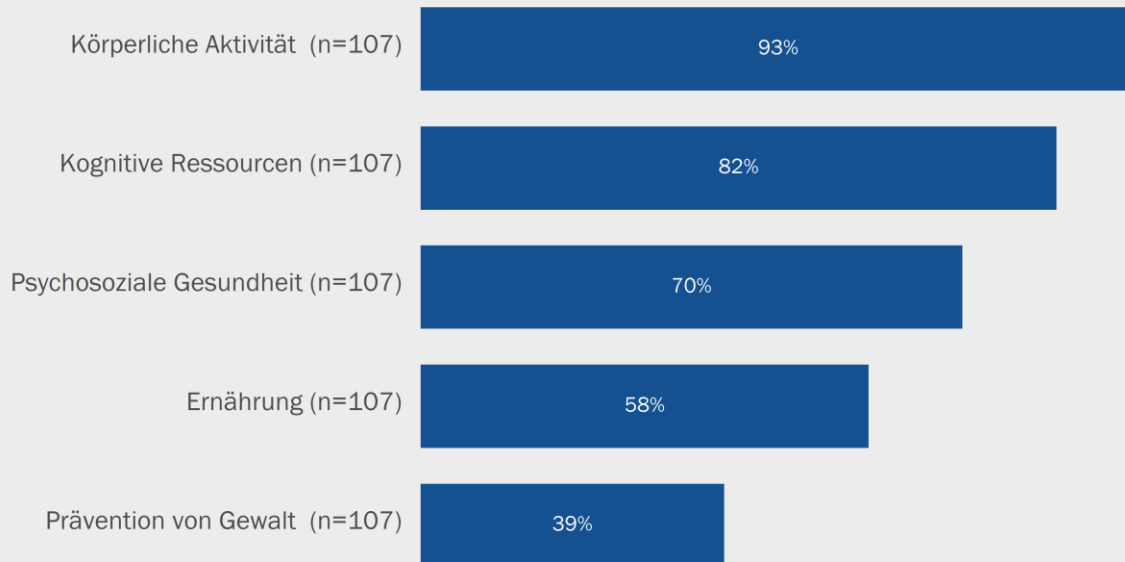
Laut Angaben der befragten „**aktiven**“ **Pflegeeinrichtungen** wird im Rahmen der präventiven Angebote nach § 5 SGB XI das Handlungsfeld körperliche Aktivität am häufigsten adressiert (93 Prozent) (Abbildung 30), gefolgt von den Handlungsfeldern kognitive Ressourcen (82 Prozent), psychosoziale Gesundheit (70 Prozent) und Ernährung (58 Prozent). Am seltensten werden präventive Angebote aus dem Bereich der Gewaltprävention umgesetzt (39 Prozent).

### Abbildung 30: Anteil der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, die präventive Angebote in den einzelnen Handlungsfeldern vorhalten

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent

#### In welchen Handlungsfeldern wurden bzw. werden präventive Angebote durch Ihre Pflegeeinrichtung angeboten?

Mehrfachnennungen möglich



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

#### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Das im Präventionsleitfaden definierte übergeordnete Präventionsziel – gesundheitsfördernde Potenziale der Pflegeeinrichtungen zu stärken – bewertet nur rund die Hälfte der befragten Pflegekassen als (eher) leicht erreichbar. Für das Teilziel, Steuerungsgremien in den Einrichtungen aufzubauen, trifft dies sogar nur für ein Drittel der Pflegekassen zu.
- Die Erreichbarkeit der Teilziele bezüglich körperlicher Aktivität, kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit beurteilen die Pflegekassen insgesamt als leichter. „Große“ Pflegekassen (gemessen an der Mitgliederzahl) sehen hier durchschnittlich weniger Probleme als „kleine“ Pflegekassen. Insgesamt bewerteten kleinere Pflegekassen die Erreichbarkeit der Präventionsziele als weniger leicht, wohingegen größere Pflegekassen durchschnittlich eine leichtere Erreichbarkeit angeben. Die Teilziele zur Einrichtung von Steuerungsgremien, zur gesunden Ernährung und zur Prävention von Gewalt sind aus Sicht der Pflegekassen am schwierigsten zu erreichen. Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der Adressierung der Handlungsfelder laut der jährlichen GKV-Präventionsberichte und in der Online-Befragung „aktiver“ Pflegeeinrichtungen, auch hier werden präventive Angebote vorrangig in den Handlungsfeldern körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit umgesetzt.

- Auch unter den Zielbereichen, die die Pflegekassen in Zukunft intensivieren wollen, nehmen die gesunde Ernährung und Prävention von Gewalt eine untergeordnete Position ein.

### 7.3 Rahmenbedingungen für die Verbreitung, Umsetzung und dauerhafte Implementierung präventiver Angebote in den Pflegeeinrichtungen

Dieses Kapitel widmet sich den Fragen nach der Verbreitung, der erfolgreichen Umsetzung und der dauerhaften Implementierung präventiver Angebote in den Pflegeeinrichtungen, die eng miteinander verbunden sind. Neben den generellen Rahmenbedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen können diesbezüglich auch einrichtungsspezifische Bedingungen relevant sein. Die meisten dieser Rahmenbedingungen wirken sich sowohl auf die Verbreitung der Angebote, deren Umsetzung als auch deren Verstetigung in den Einrichtungen aus.

Für die Verbreitung präventiver Angebote sind, neben der Information, Beratung, Sensibilisierung und Motivierung der Pflegeeinrichtungen (Kapitel 5), die dortigen Rahmenbedingungen insofern bedeutsam, als dass sie die generelle Entscheidung für die Umsetzung präventiver Angebote sowie deren Auswahl beeinflussen. Die Hauptgründe, aus denen sich „**nicht aktive**“ Einrichtungen laut der Online-Befragung gegen die Umsetzung von Maßnahmen entschieden haben (insgesamt 36 Antworten), ist die Bündelung der Ressourcen aufgrund der Covid-19-Pandemie (13 Nennungen). Weitere Hürden sind für „nicht aktive“ Pflegeeinrichtungen Personalmangel (6 Nennungen) und die Tatsache, dass das Förderangebot bisher generell nicht bekannt war (3 Nennungen). Die „nicht aktiven“ Einrichtungen wünschen sich diesbezüglich noch mehr Informationen (14 Nennungen), mehr Beratungsangebote durch die Pflegekassen und eine ausreichende Finanzierung (jeweils 11 Nennungen).

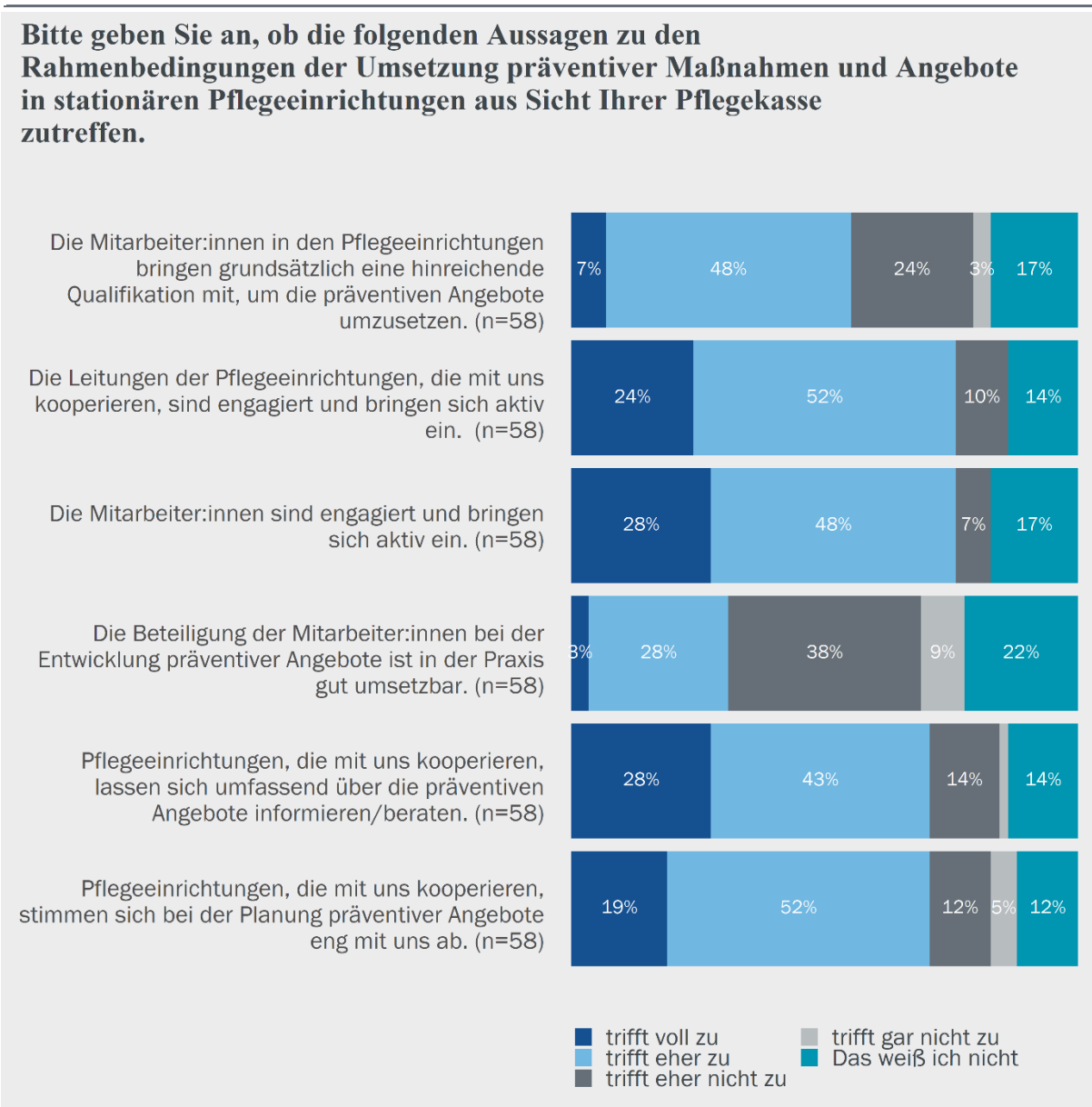
Mit Blick auf die generellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventiver Angebote geben die befragten **Pflegekassen** mehrheitlich an, dass aus ihrer Sicht

- die Qualifikation der Mitarbeiter:innen in den Pflegeeinrichtungen grundsätzlich für die Umsetzung präventiver Angebote (eher) ausreicht,
- die Mitarbeiter:innen einschließlich der Einrichtungsleitungen (eher) engagiert sind und sich (eher) aktiv einbringen sowie dass
- die kooperierenden Pflegeeinrichtungen sich (eher) umfassend über präventive Angebote informieren und beraten lassen und sich bei der Planung solcher Angebote (eher) eng mit den Pflegekassen abstimmen.

Die Beteiligung der Mitarbeiter:innen an der Entwicklung präventiver Angebote wird dagegen überwiegend als (eher) nicht gut umsetzbar eingeschätzt (Abbildung 31).

### Abbildung 31: Bewertung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Auch bei der Verstetigung der präventiven Angebote spielen die Bedingungen in den Einrichtungen eine entscheidende Rolle. Die offene Frage zum Thema wesentliche Erfolgsfaktoren für die Umsetzung und Verstetigung von präventiven Angeboten in stationären Einrichtungen wurde von **Pflegekassen** insgesamt 32-mal beantwortet. Am wichtigsten schätzen diese die Unterstützung durch die Einrichtung ein (12 Nennungen). Dies kann z. B. durch eine Steuerungsgruppe, durch regelmäßigen Kontakt auch nach Projektende, gute Kommunikation und Zusammenarbeit und klare Verantwortlichkeiten erfolgen. Als zweiter Erfolgsfaktor wird die Schulung von Mitarbeiter:innen benannt (9 Nennungen). Auch die explizite Beteiligung von Führungskräften ist hier für die Pflegekassen zentral (8 Nennungen). Die Bereitstellung von zeitlichen Kapazitäten der Mitarbeiter:innen und die grundsätzliche Erhöhung der personellen Ressourcen (jeweils 7 Nennungen) ist ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor. Sechs Nennungen beziehen sich auf die Partizipation der Mitarbeiter:innen und jeweils fünfmal wird die ausreichende Finanzierung des Aufwands der Einrichtung und die Berücksichtigung des individuellen Bedarfs der Einrichtung genannt. Genannt wurde

weiterhin mit jeweils drei Nennungen: die Nachhaltigkeit der Maßnahmen, die Partizipation der Bewohner:innen und die Transparenz der Erfolge durch eine Evaluation.

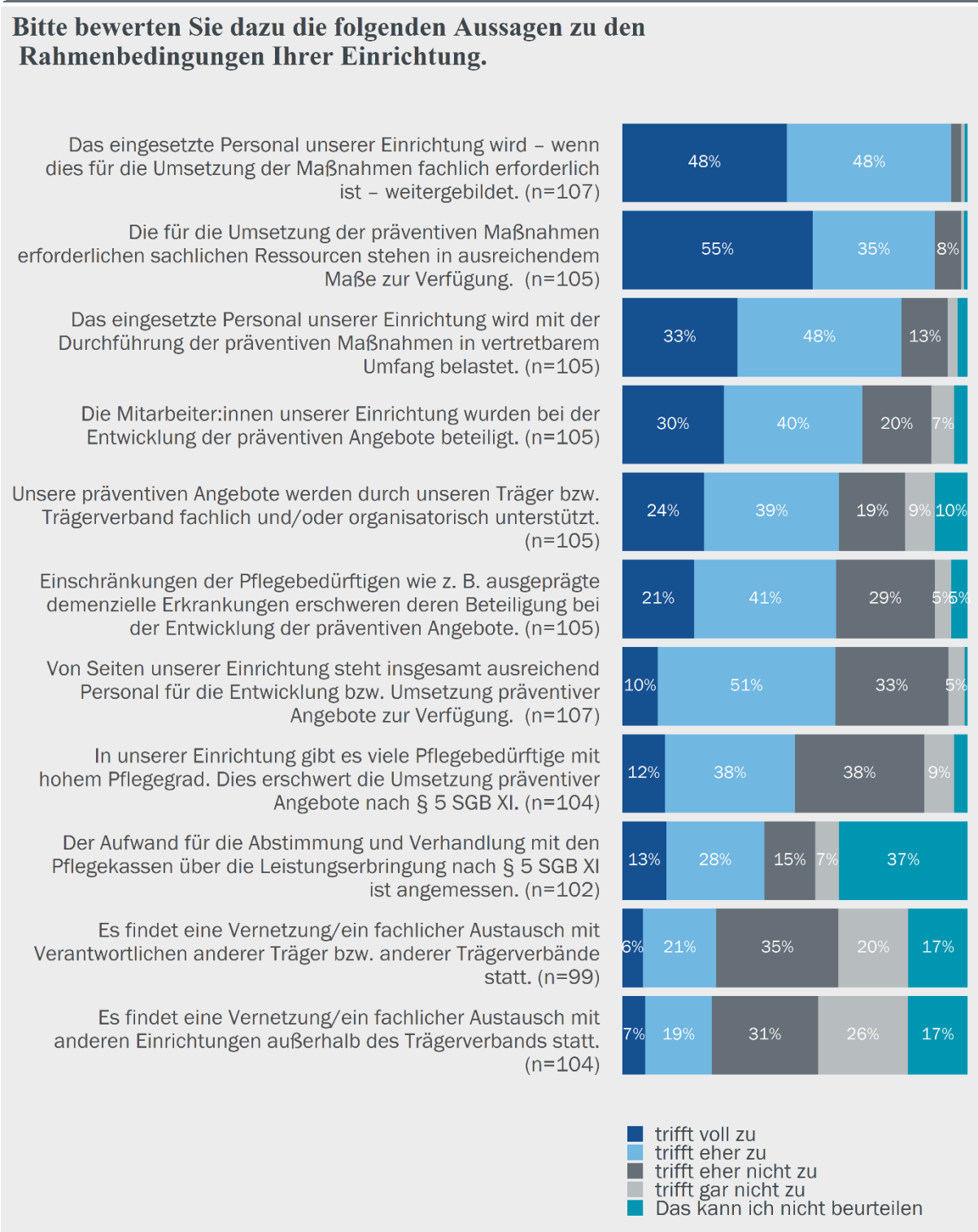
Auf die offene Frage, welche die größten Hindernisse bei der Umsetzung und Verstetigung von präventiven Angeboten in stationären Einrichtungen sind, lieferten **Pflegekassen** insgesamt 35 Antworten. Am häufigsten erwähnt werden mit jeweils 19 Nennungen der Zeit- und Personalmangel in den Einrichtungen. Komplikationen durch die Pandemie-Situation bezüglich der Mehrbelastung, Planbarkeit, Kontaktbeschränkungen und Motivationen der Mitarbeiter:innen steht mit sechs Nennungen an zweiter Stelle. Jeweils vier Nennungen erhält der Aspekt des zu geringen Budgets und die Uneinigkeit und/oder schlechte Kommunikation zwischen Träger und Einrichtungen.

Zahlreiche einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventiver Angebote werden von der deutlichen Mehrheit der befragten „aktiven“ **Pflegeeinrichtungen** (eher) positiv bewertet (Abbildung 32). Im Einzelnen gilt dies für die Weiterbildung des Personals, die Sachausstattung der Einrichtung, die Mehrbelastung des Personals, die Beteiligung von Mitarbeiter:innen an der Angebotsentwicklung sowie die träger- bzw. verbandsseitige Unterstützung. Auch der Aufwand für die Abstimmung und Verhandlung mit den Pflegekassen wird von denjenigen Einrichtungen, die hiermit Erfahrungen hatten und dies bewerten konnten,<sup>21</sup> mehrheitlich als (eher) angemessen erachtet. Weniger eindeutig fällt die Bewertung der einrichtungsspezifischen Personalausstattung aus. So gibt mehr als die Hälfte der „aktiven“ **Pflegeeinrichtungen** (61 Prozent) an, dass die personellen Ressourcen der Einrichtung für die Entwicklung bzw. Umsetzung präventiver Angebote (eher) ausreichen. Die Beteiligung der Pflegebedürftigen an der Entwicklung präventiver Angebote wird der überwiegenden Mehrheit der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen (62 Prozent) zufolge durch deren Einschränkungen (eher) erschwert. Eine Vernetzung bzw. ein fachlicher Austausch mit anderen Trägern bzw. Trägerverbänden oder aber deren Einrichtungen findet in der überwiegenden Mehrheit der befragten Einrichtungen (eher) nicht statt.

<sup>21</sup> Die Beantragung der Leistungen bei den Pflegekassen wird teilweise von Dienstleistern übernommen, die die Angebote umsetzen, sodass die Pflegeeinrichtungen hierbei nicht immer aktiv involviert sind.

### Abbildung 32: Bewertung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

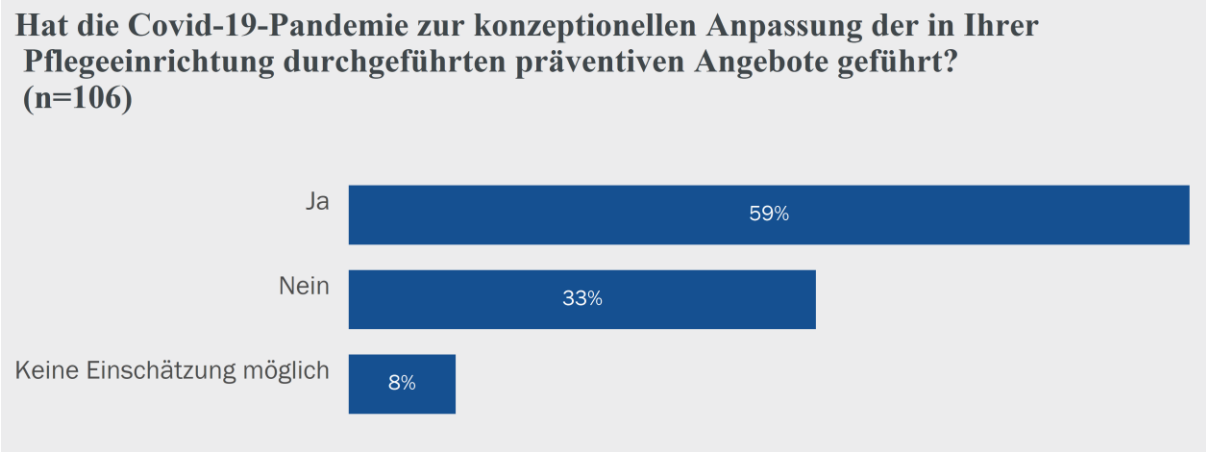
Als erschwerende Rahmenbedingung zur Umsetzung präventiver Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen stellt sich nicht zuletzt die Covid-19-Pandemie heraus. Die Pandemie beeinflusst die Umsetzung in mehrfacher Hinsicht. In der Mehrheit (59 Prozent) der befragten „aktiven“ Pflegeeinrichtungen hat die Covid-19-Pandemie eigenen Angaben zufolge zu einer konzeptionellen



Anpassung der in der Einrichtung vorgehaltenen präventiven Angebote geführt (Abbildung 33). In jeweils rund 90 Prozent der Fälle bestehen diese (unter anderem) in einer Anpassung der Gruppengrößen, der Nutzung größerer Räumlichkeiten bzw. des Außengeländes sowie in der Entwicklung bzw. Nutzung eines Hygienekonzepts (Abbildung 34). In rund 60 Prozent der Fälle wurden digitale Formate oder Anwendungen für die Umsetzung präventiver Angebote entwickelt.

**Abbildung 33: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Konzeption präventiver Angebote**

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent

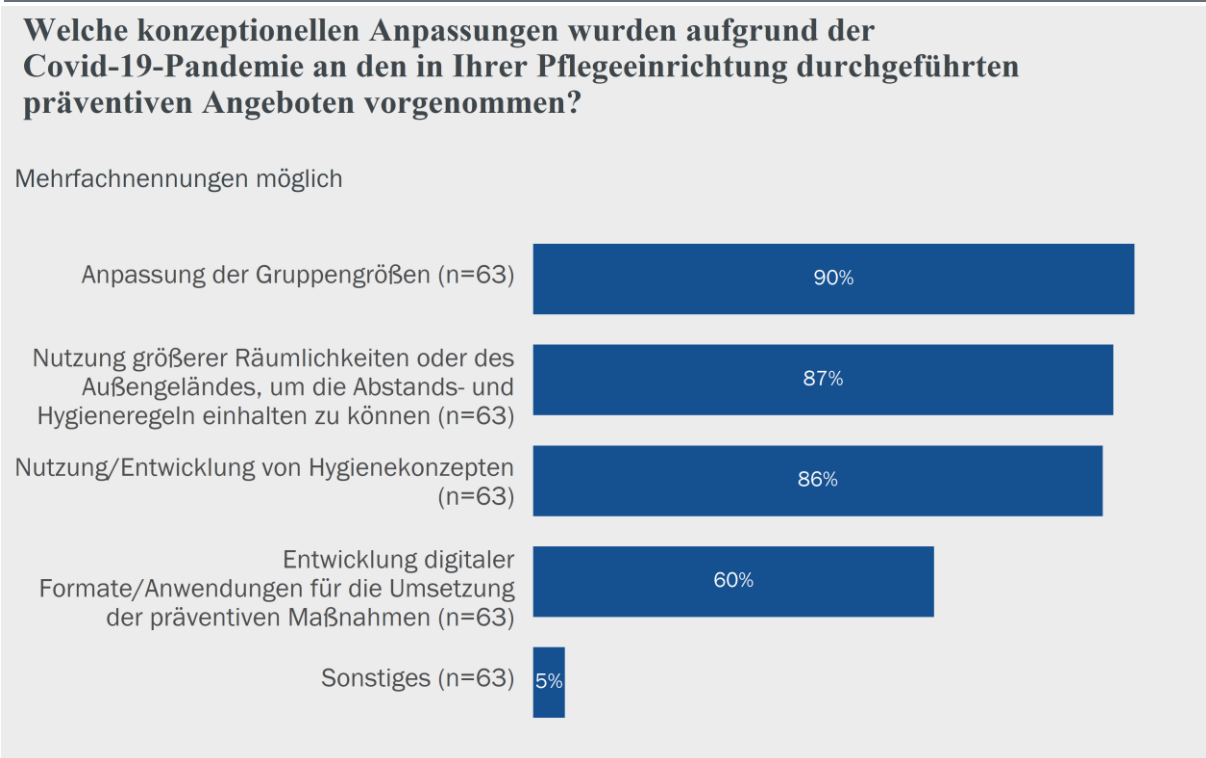


Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

**Abbildung 34: Konzeptionelle Anpassungen präventiver Angebote infolge der Covid-19-Pandemie**

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



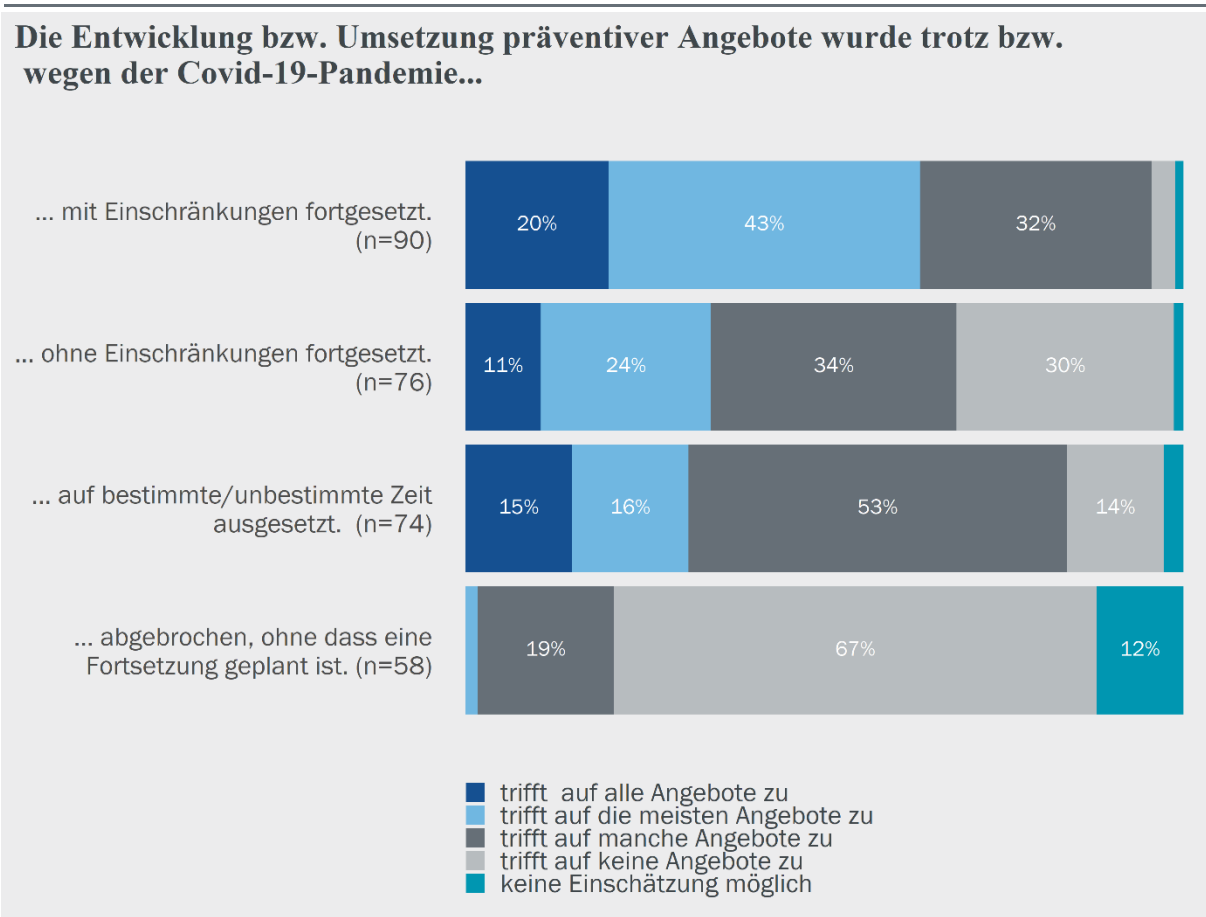
Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Die deutliche Mehrheit (63 Prozent) der befragten „aktiven“ **Pflegeeinrichtungen** setzte während der Covid-19-Pandemie die meisten oder alle präventiven Angebote mit Einschränkungen fort (Abbildung 35). Die restlichen Einrichtungen stellten die meisten oder alle präventiven Angebote eigenen Angaben zufolge vorübergehend ein. Ein vollständiger Abbruch erfolgte dagegen offenbar nur vereinzelt.

**Abbildung 35: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Entwicklung bzw. Umsetzung präventiver Angebote nach § 5 SGB XI**

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Als wesentliche Erfolgsfaktoren aufseiten der „aktiven“ **Pflegeeinrichtungen** (78 Antworten) wird in erster Linie die Motivation und das Interesse der Mitarbeiter:innen genannt (22 Nennungen). Als zweitwichtigsten Punkt erwähnten die Einrichtungen ausreichende Zeitressourcen in der Umsetzung (15 Nennungen). An dritter Stelle steht ausreichend Personal (12 Nennungen), Motivation und Interesse der Pflegebedürftigen (13 Nennungen), eine gelungene Zusammenarbeit<sup>22</sup>, ausreichende Kommunikation mit allen Beteiligten (8 und 6 Nennungen), Schulungsmöglichkeiten (7 Nennungen), gute Finanzierungsmöglichkeiten (6 Nennungen) und Unterstützung durch die Leitung (6 Nennungen).

<sup>22</sup> Aus den Antworten geht nicht hervor, zwischen welchen Akteur:innen die Zusammenarbeit gelingen sollte. Es kann davon ausgegangen werden, dass alle an der Umsetzung Beteiligten gemeint sind, insbesondere Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen sowie gegebenenfalls Dienstleister.

Die größten Hindernisse bei der Umsetzung und Verstetigung von präventiven Angeboten finden sich laut den „**aktiven**“ **Einrichtungen** (77 Antworten) hauptsächlich durch einen Mangel an Personal (34 Nennungen), wenig Zeit im Alltag (24 Nennungen), wenig Motivation aufseiten der Mitarbeiter:innen (14 Nennungen) und die Pandemie-Situation (15 Nennungen). Dadurch ist das Personal großem Stress ausgesetzt (10 Nennungen) und dies führt häufig zu Personalausfällen (7 Nennungen). Auch geringe finanzielle Mittel (9 Nennungen) und nicht geeignete Räumlichkeiten sowie die technischen Voraussetzungen für digitale Formate sind Hürden bei der Umsetzung von präventiven Angeboten.

Zum Teil spiegeln die **Pflegekassen, Trägerverbände, Pflegeeinrichtungen sowie die Forschungseinrichtungen und externen Dienstleister** die Ergebnisse aus den Online-Befragungen sowohl in den Interviews als auch in den Workshops wider, sie ergänzen diese zudem um einige wesentliche erläuternde Aspekte. Insgesamt werden hinsichtlich der Rahmenbedingungen die folgenden Themen verstärkt diskutiert: Steuerungsstrukturen, Personalsituation, Mitarbeiterqualifikation, Klientel und Versorgungsschwerpunkte der Einrichtungen, strukturelle Bedingungen der Region bzw. des Bundeslandes und die Covid-19-Pandemie:

- Bislang fehle es laut **externer Dienstleister und Forschungseinrichtungen** den Pflegeeinrichtungen zum Teil an Steuerungsstrukturen für die Gesundheitsförderung und Prävention, weshalb eine langfristige Begleitung der Einrichtungen notwendig sei und die Einrichtungen kontinuierlichen Input bzw. externe Begleitung benötigten.
- Die Ergebnisse der Online-Befragungen zu den Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen deuten darauf hin, dass die Personalausstattung in den Einrichtungen sowie die zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter:innen im Kontext präventiver Angebote begrenzt sind. Dieser Eindruck erhärtet sich auf Basis der qualitativen Ergebnisse. **Akteursübergreifend** wird von Hürden in den Pflegeeinrichtungen berichtet, einerseits aufgrund von generellem Personalmangel, andererseits bedingt durch eine hohe Fluktuation unter den Mitarbeiter:innen.
- Die Ergebnisse zur Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung des Personals als Voraussetzung für die Umsetzung präventiver Leistungen sind in den Online-Befragungen weniger eindeutig. Die Interviews und Workshops geben einen tieferen Einblick in die Thematik. Die **Pflegekassen und -einrichtungen** differenzieren hier zwischen den sprachlichen und den fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter:innen: Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen herrschen sprachlich-kulturelle Vielfalt und zum Teil geringe deutsche Sprachkenntnisse unter den Mitarbeiter:innen. Dadurch können Kommunikationshürden zwischen Mitarbeiter:innen und Pflegebedürftigen entstehen, was wiederum die Umsetzung präventiver Angebote erschweren kann. Die **Pflegekassen(verbände)** verweisen auf die geringe fachliche Qualifikation sogenannter Hilfskräfte in der Pflege und Betreuung. Mangelnde fachliche Qualifikation wird ebenfalls als Kommunikationshürde identifiziert, unter anderem im Sinne eines fehlenden fachlichen Verständnisses aufseiten der Hilfskräfte im Rahmen der Umsetzung präventiver Angebote. Die **Interessenvertretungen** der Pflegebedürftigen veranschaulichen den Zusammenhang zwischen Kompetenzmangel und Kommunikationshürden an einem Beispiel wie folgt: Für das Pflegepersonal, das beispielsweise im Umgang mit Hörbehinderung nicht ausreichend geschult ist, sei die Kommunikation mit Pflegebedürftigen mit Hörbehinderung grundsätzlich problembehaftet.
- Die Ergebnisse der Online-Befragungen in Bezug auf die Bewohnerstruktur legen nahe, dass ein hoher Pflegegrad sowie spezifische Erkrankungen wie beispielsweise kognitive Beeinträchtigungen durch eine Demenzerkrankung zumindest teilweise die Partizipation an der Entwicklung sowie die Umsetzung präventiver Angebote erschweren können. Auf Basis der Interview- und Workshop-Ergebnisse lässt sich schließen, dass die Einschätzungen der **Pflegekassen(verbände) und Pflegeeinrichtungen** in den Online-Befragungen darauf zurückzuführen sind, dass sowohl die Versorgungsschwerpunkte der Einrichtungen als auch die jeweiligen Gruppenzusammensetzungen der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen zum Teil sehr unterschiedlich ausfallen. Alle Pflegebedürftigen gleichermaßen bei präventiven Angeboten zu berücksichtigen, wird demnach erschwert durch die Vielfalt ihrer Krankheitsbilder (z. B.

psychiatrische und demenzielle Erkrankungen) und ihrer Fähigkeiten (z. B. in Bezug auf Mobilität, Selbstständigkeit, Kognition oder Pflegegrad).

- Auch die Bedeutung von regionalen Rahmenbedingungen wurde im Rahmen der Online-Befragung der Pflegekassen und in Interviews mit **Pflegekassen(verbänden), Trägerverbänden sowie Dienstleistern und Forschungseinrichtungen** erhoben. Bei einem regionalen Fokus von Pflegekassen sind deren präventive Angebote bei der Umsetzung regional konzentriert. Im Regelfall fokussieren diese Pflegekassen ihre Aktivitäten zur Vorbereitung und Umsetzung präventiver Angebote auf ihre jeweilige Region. Auch bei den Kooperationen sind regionale Tendenzen erkennbar, wenn sich etwa mehrere Pflegekassen, die in einem Bundesland aktiv sind, für die Umsetzung eines Präventionsangebots zusammenschließen. Daneben existieren allerdings auch überregionale Kooperationen zwischen Pflegekassen. Hier spielen die Regionen oder Bundesländer keine Rolle für die Konzeption und Umsetzung der präventiven Angebote. Bei der Information und Beratung in der Vorbereitungsphase gibt es Hinweise, dass teilweise unterschiedliche Zugangswege in ländlichen und städtischen Regionen genutzt werden, die sich an der jeweiligen Struktur der Pflegeeinrichtungen orientieren (z. B. Anknüpfung an bestehendes Netzwerk im ländlichen Raum versus individuelle zugehende Information bei geringer Vernetzung in der Stadt). Grundsätzlich werden keine regionalen Unterschiede bei den Bedarfen oder der Umsetzbarkeit der präventiven Konzepte gesehen.
- Die Covid-19-Pandemie beeinflusst nicht nur die Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, sondern auch die Arbeit der **Forschungseinrichtungen**. Diese berichten in den Interviews, dass die Durchführung von Evaluationen durch pandemiebedingte Maßnahmen, wie Kontaktbeschränkungen, erheblich verzögert und teilweise nicht mehr möglich war.
- Abschließend ist positiv hervorzuheben, dass seitens der **Pflegeeinrichtungen** oftmals die Bereitschaft zur Fortführung präventiver Angebote besteht. Den Kontakt zu den Kooperationspartnern (Pflegekassen, Dienstleister) möchten sie durch die weitere Inanspruchnahme von Beratungsleistungen nach dem Projektende aufrechterhalten.

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Die Förderung von Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI ist zeitlich begrenzt und soll die Verstetigung der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen erreichen. Dies wird aus Sicht aller einbezogenen Akteursgruppen als zentrale Herausforderung gesehen. 37 Prozent der befragten Pflegekassen geben an, dass die dauerhafte Implementierung und kontinuierliche Anwendung der Maßnahmen in den Einrichtungen zumeist problemlos gelingen.
- Im Evaluationszeitraum war die Lage in den Pflegeeinrichtungen stark durch die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie geprägt. Diese bremsten die Umsetzung der präventiven Leistungen insgesamt aus, wenngleich rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen die Angebote auch unter Pandemiebedingungen weiterführten – zumeist mit Einschränkungen und in angepasster Form (z. B. mithilfe digitaler Formate). Dennoch konnten Gelingensfaktoren für eine (nachhaltige) Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen identifiziert werden, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:
- Eine gute Zusammenarbeit der beteiligten professionellen Akteur:innen (insbesondere Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungsträger, Dienstleister) wirkt unterstützend. Die bisherige Zusammenarbeit und Kooperationsbereitschaft werden von allen Seiten positiv bewertet.
- Ein hohes Engagement und die Unterstützung des Präventionsgedankens durch die Leitungen und Mitarbeiter:innen in den stationären Pflegeeinrichtungen sind aus Sicht vieler interviewter Akteur:innen entscheidend für das Gelingen. Insgesamt bedarf es in den Pflegeeinrichtungen eines Pflegeverständnisses, das grundsätzlich

auch Prävention und Gesundheitsförderung umfasst. Kontinuierliche Steuerungsgremien in den Einrichtungen sind hierfür wichtig, deren Etablierung stellt aber noch eine Herausforderung dar (Abschnitt 7.2).

- Die fachliche Qualifikation der Einrichtungsmitarbeiter:innen wurde in mehreren Interviews als Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung beschrieben. Zahlreiche Konzepte setzen daher bereits auf Schulungen für Mitarbeiter:innen und ihre Rolle als Multiplikator:innen. Auch ihre Beteiligung im gesamten Gesundheitsförderungsprozess ist relevant und findet oft statt.
- Kommunikation und Sprache sind laut zahlreicher Akteur:innen, die an der praktischen Umsetzung von Präventionsmaßnahmen beteiligt sind, ein wichtiger Kompetenzbereich.
- Personalmangel und Personalfluktuation stellen aus Sicht aller befragter Akteursgruppen eine zentrale Hürde für die Verbreitung und Verstetigung von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen dar. So geben etwa 87 Prozent der befragten Pflegekassen an, dass geringe Personalressourcen in den Einrichtungen eine Herausforderung bei deren Motivierung zur Leistungsumsetzung darstellen. Befragte Pflegeeinrichtungen, die bereits präventive Leistungen umsetzen, bewerten den Arbeitsaufwand für die Umsetzung der Angebote und die Kooperation während der Förderphase nach § 5 SGB XI hingegen als angemessen.
- Präventive Konzepte müssen passgenau für den jeweiligen Versorgungsschwerpunkt der Einrichtung und die Pflegebedürftigen sein. Die Vielfalt der Pflegebedürftigen (z. B. bezüglich Bedarfe, Fähigkeiten, Einschränkungen), häufige individuelle Veränderungen (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustands) sowie kurze Verweildauern in den Einrichtungen stellen unter anderem aus Sicht von Wissenschaftler:innen besonders hohe Anforderungen an die Konzeptentwicklung und Umsetzung.

#### 7.4 Partizipation der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiter:innen in Pflegeeinrichtungen

Im Präventionsleitfaden wird die Partizipation der Zielgruppen über den gesamten Gesundheitsförderungsprozess als zentraler Bestandteil präventiver Leistungen dargestellt (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 4 und 7 ff.). Die hohe Relevanz der Partizipation wird ebenfalls in einem ausführlichen wissenschaftlichen Diskurs zu diesem Thema erkennbar. So liefern die **Ergebnisse der Literaturanalyse** einen umfassenden Einblick in die praktische Relevanz partizipativer Ansätze: Als zentrales Paradigma für die erfolgreiche Umsetzung für Interventionen wird die Selbstgestaltung der Maßnahmen bzw. Beteiligung bei der Entwicklung von Maßnahmen durch (potenziell) Teilnehmende in mehreren Publikationen deutlich (Altgeld et al., 2019; Bischoff et al., 2021; Blüher & Kuhlmeier, 2019; Fleischmann et al., 2019; Kruse et al., 2019) (4-1, 5-1, 4-1, 4-7). Altgeld et al., (2019) (4-1) gehen sogar so weit zu postulieren, dass bereits die Partizipation von Beteiligten an der Generierung der Maßnahmen an sich gesundheitsförderlich wirkt, weil dadurch ein Prozess der Reflexion über die eigenen Bedürfnisse in Gang gesetzt wird. Eine Expertin, bestätigt, dass die Partizipation an der Generierung von Maßnahmen für die Bewohner:innen fast wichtiger ist als die Durchführung der Maßnahme, da sie sich nur auf diesem Weg „gehört fühlen“.

(Kruse et al., 2019) (4-7) weisen mithilfe der Erkenntnisse aus einem Projekt mit einem rehabilitativen Ansatz (ORBIT: Organisation der Rehabilitation für Bewohner im Pflegeheim zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Teilhabe, Laufzeit 2013–2017) darauf hin, dass die Stärkung der

Selbstgestaltung, Selbstständigkeit, Eigen- und Mitverantwortung von Bewohner:innen zentrale Aspekte der grundlegenden präventiven Versorgungsaufgabe darstellen. Die Autor:innen konkludieren, dass die von ihnen initiierte Kombination aus therapeutischer Intervention und rehabilitativer Pflege die Selbstständigkeit und Teilhabe der Bewohner:innen erhöht hat. Unklar ist jedoch, wie der partizipative Ansatz außerhalb des Kontextes rehabilitativer Pflege Eingang finden kann.

Ansätze von Partizipation wurden auch bei der Entwicklung und Umsetzung des Modellprojektes „Lübecker Modell Bewegungswelten“ integriert (Hom et al., 2019) (3-5) Bei der Evaluation des Angebots stellten die Autor:innen fest, dass bei der Konzeption von Maßnahmen die Berücksichtigung der individuellen gesundheitlichen Situation der Zielgruppe von großer Bedeutung ist, vor allem dann, wenn die Maßnahmen auch Menschen mit gravierenden Einbußen zugänglich gemacht werden sollen. Die Partizipation der Zielgruppen bei der Entwicklung der Angebote ist ein wichtiger Faktor, der wesentlich zum Erfolg einer Maßnahme beitragen kann.

Kritisch hingegen wird die Umsetzung von Teilhabeaspekten von den Befragten der qualitativen Studie von (Blättner et al., 2018) (3-1) gesehen. Die Autorinnen interviewten 17 Heimleitungen und vier Pflegedienstleitungen aus 20 Pflegeeinrichtungen im Sommer 2016 in Hessen und Südniedersachsen in den Räumlichkeiten der jeweiligen Einrichtung. Sie stellten fest, dass die Teilhabe Pflegebedürftiger bisher wenig, gar nicht oder nur durch Personen außerhalb der Institutionen stattfindet. Damit weist das Autorinnenteam um Blättner auf den immensen Forschungsbedarf zur Bedeutung von Partizipation von schwer kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen hin.

Die Ergebnisse der Literaturanalyse lassen insgesamt darauf schließen, dass die im Präventionsleitfaden über den gesamten Gesundheitsförderungsprozess geforderte Partizipation in der Praxis auf Schwierigkeiten stößt. Wie in Abschnitt 7.1 dargestellt, gilt das aktive Einbeziehen der Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess auch aus Sicht der **Pflegekassen** als Herausforderung. Weitere Ergebnisse der Online-Befragungen zum Thema Partizipation ergeben folgendes Bild:

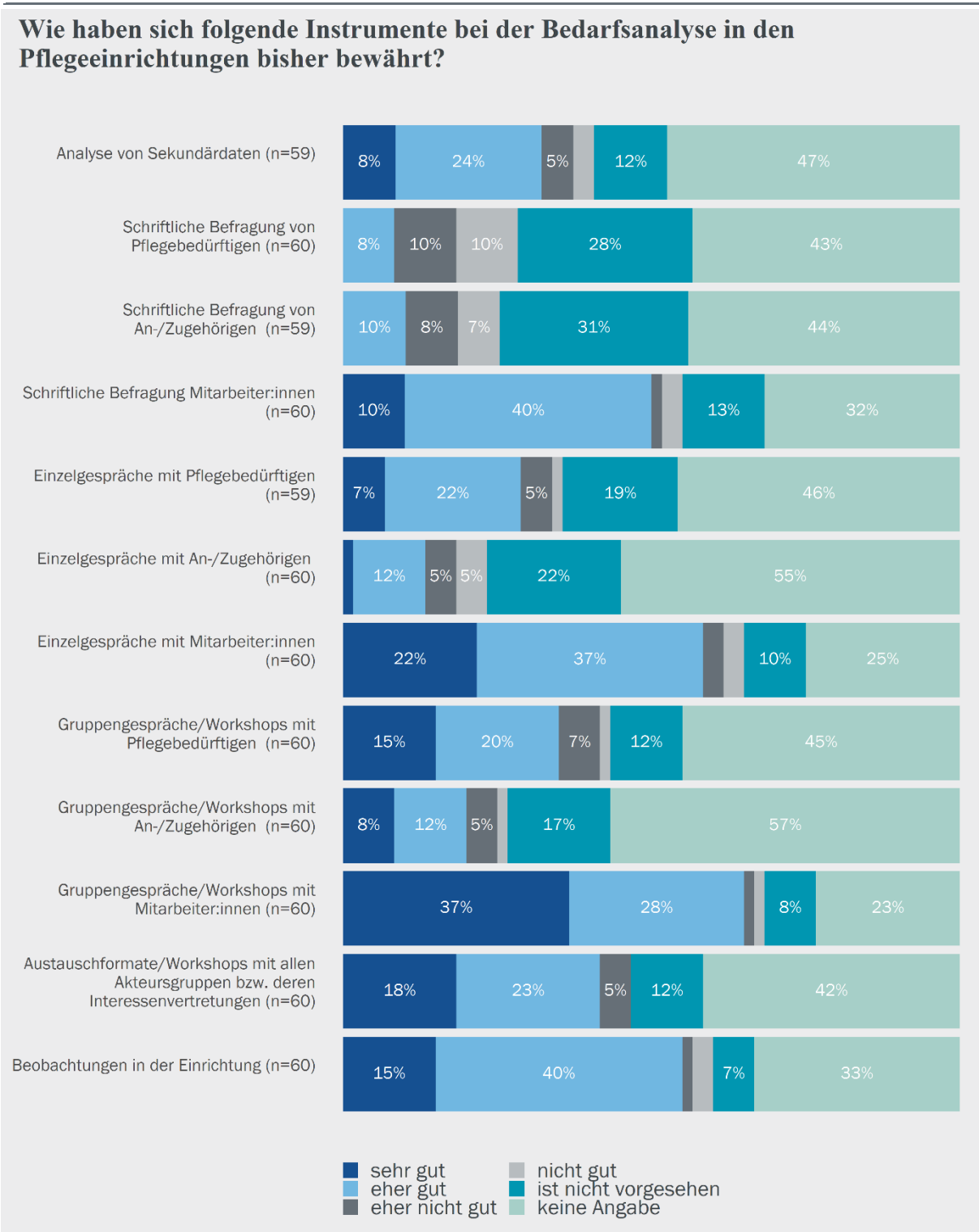
Laut 68 Prozent der **Pflegekassen** ist das aktive Einbeziehen in der Praxis selten, nie oder (nur) mit Problemen möglich. Hinweise darauf, inwieweit Partizipation bei der konkreten Umsetzung präventiver Angebote dennoch Berücksichtigung findet, liefern weitere Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen zur Bedarfsanalyse.

Die **Pflegekassen** wurden um ihre Einschätzung gebeten, inwieweit sich die verschiedenen Instrumente zur Bedarfsanalyse als geeignet erweisen (Abbildung 36). Häufig machen die Pflegekassen keine Angaben zu ihrer Einschätzung. Besonders treten die drei Instrumente Gruppengespräche/Workshops mit Mitarbeiter:innen, Einzelgespräche mit Mitarbeiter:innen und Beobachtungen in der Einrichtung hervor, die zum Zwecke der Bedarfsanalyse jeweils von mehr als der Hälfte der Pflegekassen als sehr gut oder eher gut bewertet werden. Laut 50 Prozent der Pflegekassen hat sich zudem die schriftliche Befragung von Mitarbeiter:innen bewährt. Austauschformate mit allen Akteursgruppen/Interessenvertretungen sind für 41 Prozent ein eher gut oder sehr gut bewährtes Instrument, Gruppengespräche/Workshops mit Pflegebedürftigen für 35 Prozent der Pflegekassen. Einzelgespräche mit Pflegebedürftigen werden von 29 Prozent als sehr gut oder eher gut eingeschätzt, für 20 Prozent sind Gruppengespräche mit Angehörigen ein eher gut oder sehr gut bewährtes Instrument. Acht Prozent der Pflegekassen geben die schriftliche Befragung von Pflegebedürftigen als ein eher gut bewährtes Instrument an, zehn Prozent die schriftliche Befragung von Angehörigen.

Im Rahmen der Bedarfsanalyse bewähren sich also aus Sicht der **Pflegekassen** überwiegend Instrumente, die Mitarbeiter:innen in den Pflegeeinrichtungen einbinden. Instrumente, die den aktiven Einbezug Pflegebedürftiger oder ihrer Angehörigen vorsehen, haben sich aus der Perspektive der Pflegekassen hingegen bisher seltener bewährt.

### Abbildung 36: Bewertung von Instrumenten zur Bedarfsanalyse in den Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Pflegekassen

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

Auch in den Interviews und Workshops mit den **Pflegekassen(verbänden) und Trägerverbänden, Pflegeeinrichtungen sowie den einzelnen Forschungseinrichtungen, Interessenvertretungen und Dienstleistern** ist das Thema Partizipation präsent. Die Ergebnisse decken sich zu einem Großteil mit denen aus der Literatur. Ergänzend zeigt sich zum einen, dass Partizipation in den

verschiedenen Projekten unterschiedlich gehandhabt wird, und zum anderen, dass Partizipation zwischen den Akteur:innen keinem einheitlichen Verständnis unterliegt. Zusammengefasst – und zum Teil die Ergebnisse der Literatur bestätigend – werden folgende zentralen Aspekte von den unterschiedlichen Akteur:innen aufgezeigt, die die Partizipation über den gesamten Gesundheitsförderungsprozess erschweren können:

- Geringe Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit aufgrund geistiger und körperlicher Einschränkungen (z. B. kognitive Beeinträchtigungen durch eine Demenzerkrankung, psychiatrische Erkrankungen und eingeschränktes Hörvermögen) (Forschungseinrichtungen, Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen).
- Hohe Fluktuation unter den Pflegebedürftigen durch Veränderungen in Bezug auf den Gesundheitszustand, den Pflegegrad und durch Versterben aufgrund des hohen Alters (Pflegekassen, Forschungseinrichtungen).
- Mangelnde Kenntnis über bzw. Verfügbarkeit von praxistauglichen Partizipationsansätzen im Präventionsleitfaden (Pflegekassen, Trägerverbände).
- Heterogene Krankheitsbilder und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen (z. B. Mobilität, Selbstständigkeit, Pflegegrad, Grad der demenziellen Veränderung) sowie variierende Versorgungsschwerpunkte unterschiedlicher Einrichtungen (z. B. psychiatrische Erkrankungen und Demenzerkrankungen) erschweren, dass alle Pflegebedürftigen immer gleichermaßen berücksichtigt werden (Pflegekassenverbände, Pflegeeinrichtungen).
- Eingeschränkte Entscheidungs- bzw. Partizipationsfähigkeit der Pflegebedürftigen durch spezifische Erkrankungen und hohen Pflegegrad (Pflegekassen).

Wenngleich in der Online-Befragung der Anteil der **Pflegekassen**, die die schriftliche Befragung von Pflegebedürftigen als ein eher gut bewährtes Instrument bewerten, bei unter zehn Prozent liegt, wurde im Rahmen der Workshops seitens **Interessenvertretungen** der Pflegebedürftigen der Vorteil schriftlicher (anonymer) Befragungen hervorgehoben. Diese können insbesondere bei kritischen Aspekten den Vorteil haben, dass die Pflegebedürftigen sich trauen, diese zu äußern.

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Die Partizipation der Pflegebedürftigen im gesamten Gesundheitsförderungsprozess ist eine zentrale Herausforderung aus Sicht aller für diese Evaluation berücksichtigten Akteur:innen. Dies kann auf verschiedene Umstände zurückgeführt werden. Zunächst fehlt es an einem grundlegenden gemeinsamen Verständnis von Partizipation. Auch unterscheiden sich die verschiedenen präventiven Angebote und Bedingungen vor Ort zum Teil stark voneinander, sodass die jeweiligen Voraussetzungen für die Berücksichtigung partizipativer Ansätze unterschiedlich sind. Darüber hinaus scheinen Lösungsansätze für eine gelingende Partizipation nicht unter allen Akteuren, die an präventiven Leistungen beteiligt sind, gleichermaßen bekannt zu sein.
- Die Partizipation von Mitarbeiter:innen wird insgesamt als einfacher eingeschätzt als die von Pflegebedürftigen. Die Partizipation von Angehörigen scheint noch wenig berücksichtigt zu werden.
- In einigen präventiven Angeboten ist Partizipation hingegen zentraler Bestandteil der Konzeption, Umsetzung und Evaluation.



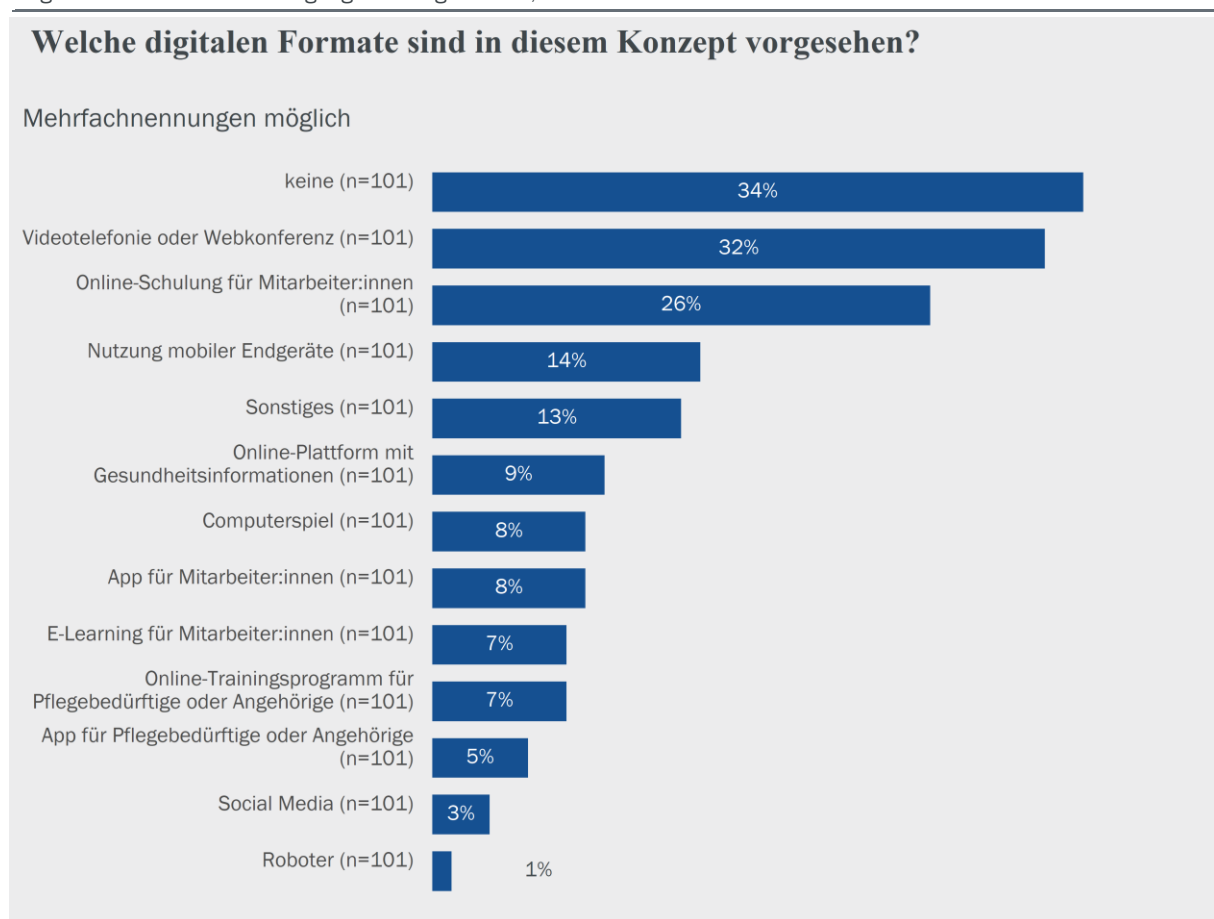
## 7.5 Digitale Formate und Anwendungen

In den Interviews und Workshops wird deutlich, dass der Einsatz digitaler Formate und Anwendungen an bestimmte, vor allem einrichtungsbezogene Voraussetzungen gebunden ist. Die **Pflegekassen(verbände)** berichten, dass oft keine digitale Infrastruktur in den Pflegeeinrichtungen vorhanden ist, beispielsweise stehe selten W-LAN zur Verfügung und oftmals fehle in den Einrichtungen grundsätzlich das Wissen, wie die Förderung der digitalen Infrastruktur bezuschusst werden könne. Mit der Umsetzung **beauftragte Dienstleister** berichten außerdem, dass in den Einrichtungen noch immer häufig keine digitale Dokumentation möglich sei. Auch sei innerhalb des Personals Technikaffinität kaum verbreitet, da sich Pflegekräfte bewusst für diesen Beruf entscheiden, weil er auf der Arbeit mit Menschen basiere und nicht mit Computern. Dadurch würden Workshops im Online-Format erschwert.

Die im Rahmen der Online-Befragung der **Pflegekassen** erfassten Präventionskonzepte (n=101; Abschnitt 6.1) beinhalten dagegen überwiegend digitale Formate (Abbildung 37). Mit Abstand am weitesten verbreitet sind demnach Videotelefonie bzw. Webkonferenzen sowie Online-Schulungen für Mitarbeiter:innen: Rund ein Drittel (32 Prozent) bzw. ein Viertel (26 Prozent) der erfassten Konzepte beinhalten diese digitalen Formate. Apps sowie Online-Schulungs- bzw. Online-Trainingsprogramme für Mitarbeiter:innen oder Pflegebedürftige und (unter anderem) deren Angehörige sind dagegen in jeweils weniger als zehn Prozent der erfassten Konzepte enthalten. Gleiches gilt für Online-Plattformen mit Gesundheitsinformationen, Computerspiele, Social Media und Roboter.

**Abbildung 37: Nutzung digitaler Formate**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent

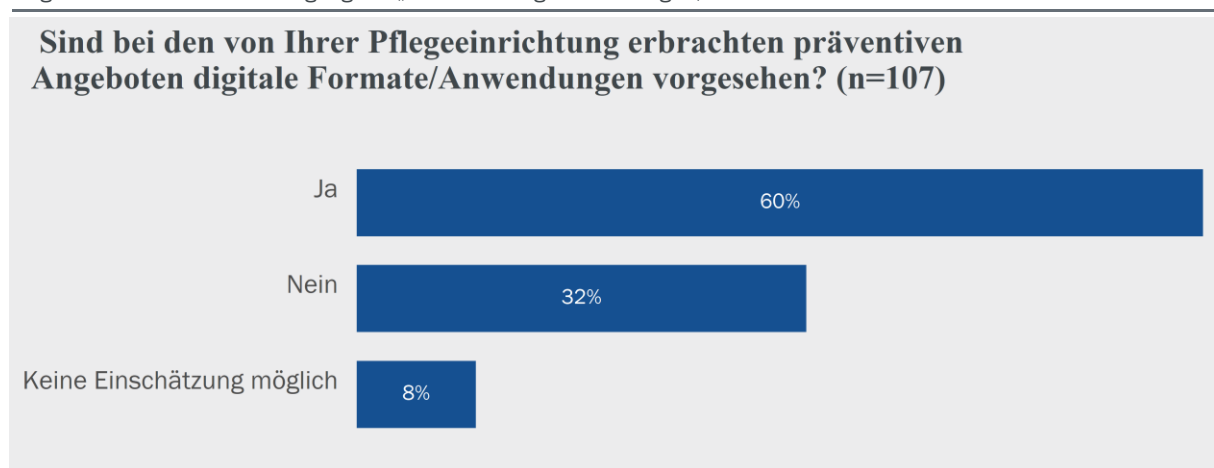


Seitens der **Pflegekassen** gab es in der Onlinebefragung und in Interviews zudem mehrere Hinweise darauf, dass die Finanzierungsmöglichkeiten nach § 5 SGB XI von digitalen Angeboten derzeit unklar sei (z. B. bei monatlichen Nutzungsgebühren) und eine grundsätzliche Definition von digitalen Angeboten fehle.

Digitale Formate oder Anwendungen sind in 60 Prozent der **„aktiven“ Pflegeeinrichtungen** im Zusammenhang mit den präventiven Angeboten vorgesehen (Abbildung 38). Knapp ein Drittel der Einrichtungen arbeitet im Kontext präventiver Angebote nicht mit digitalen Angeboten/Formaten, für acht Prozent der Pflegeeinrichtungen ist dahingehend keine Einschätzung möglich.

**Abbildung 38: Nutzung digitaler Formate/Anwendungen im Rahmen von präventiven Angeboten nach § 5 SGB XI aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen**

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



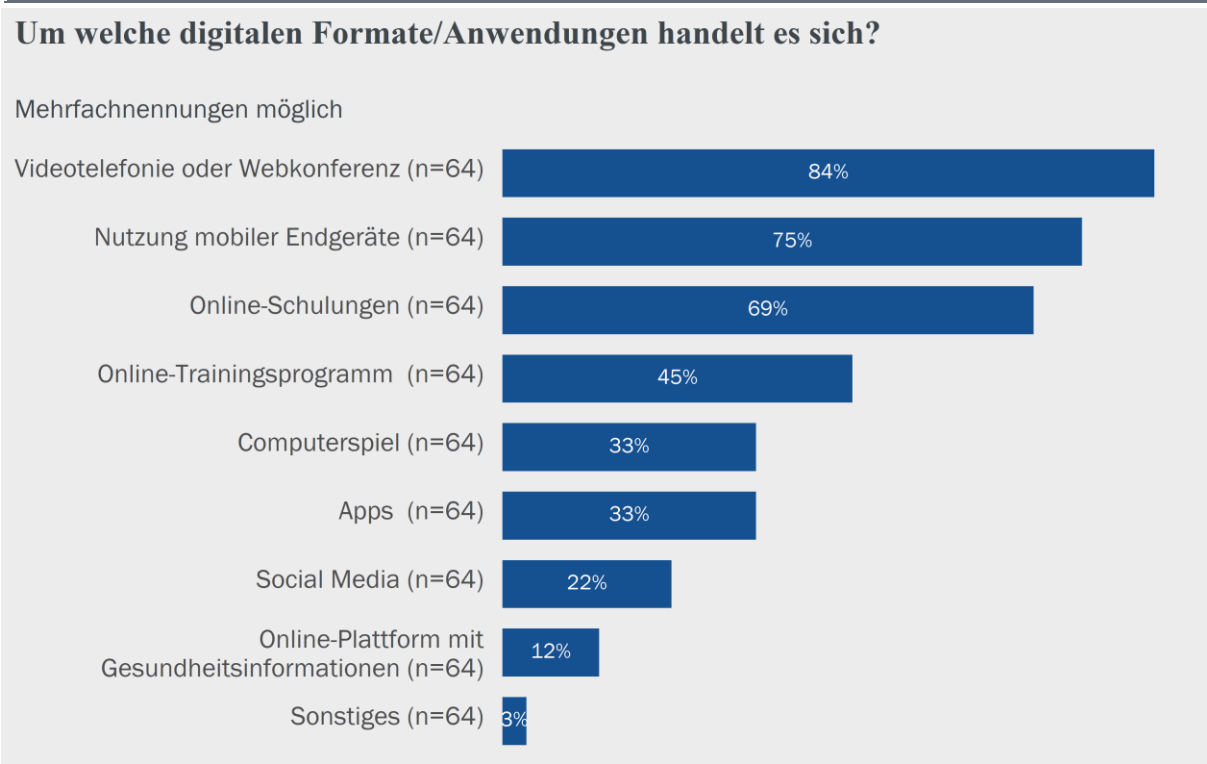
Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Von denjenigen **„aktiven“ Pflegeeinrichtungen**, die im Rahmen präventiver Angebote mit digitalen Formaten/Anwendungen arbeiten, gibt jeweils mehr als zwei Drittel der Einrichtungen an, dass es sich dabei um Videotelefonie oder Webkonferenzen (84 Prozent), die Nutzung mobiler Endgeräte (75 Prozent) und Online-Schulungen (69 Prozent) handelt (Abbildung 39). Etwas weniger als die Hälfte (45 Prozent) gibt Online-Trainingsprogramme an. Jeweils ein Drittel (33 Prozent) nutzt für die präventiven Angebote Computerspiele und Apps. Social Media wird von gut einem Fünftel (22 Prozent) der Pflegeeinrichtungen im Kontext präventiver Angebote genutzt. Online-Plattformen werden seltener integriert (12 Prozent) und Roboter werden von zwei Prozent genutzt.

### Abbildung 39: Arten der genutzten digitalen Formate/Anwendungen aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



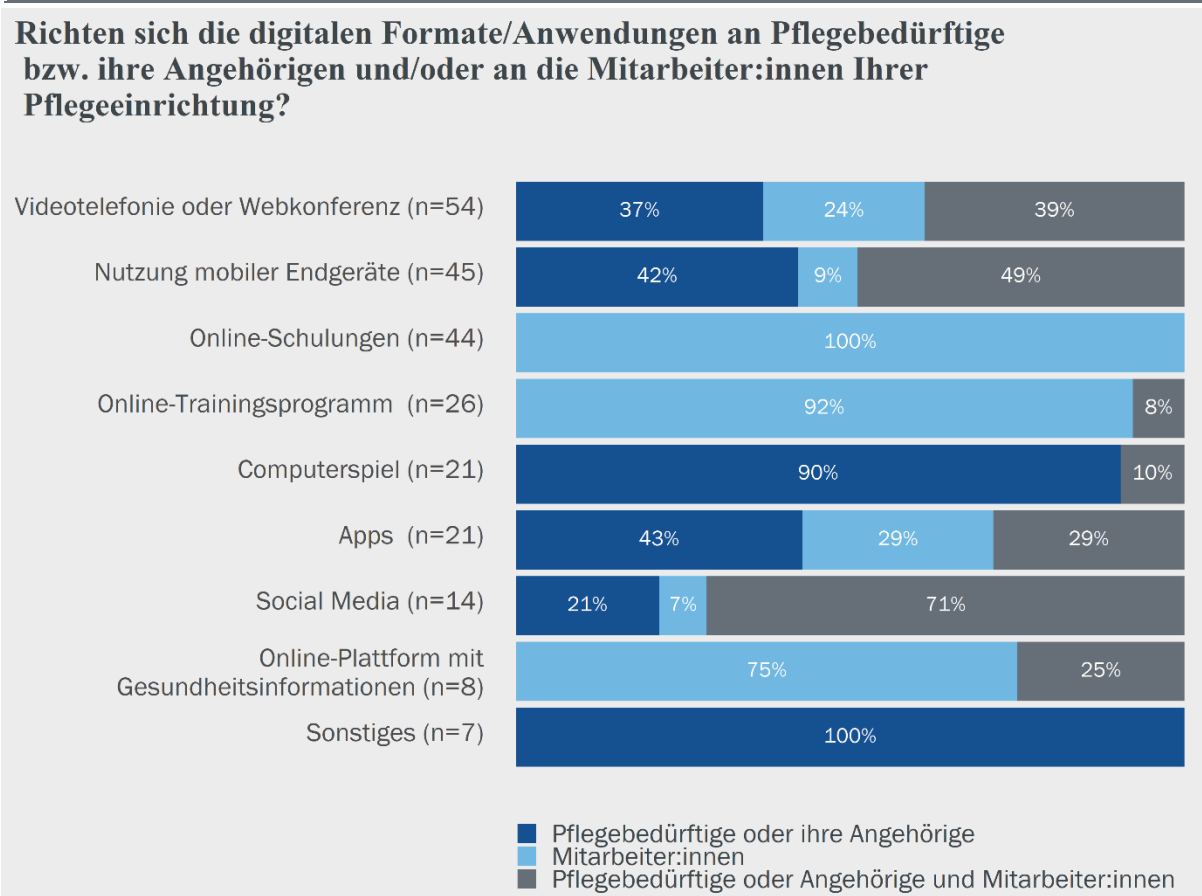
Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

Weiterhin wurden die „aktiven“ Pflegeeinrichtungen dazu befragt, an welche Zielgruppe sich die digitalen Formate/Anwendungen richten. Schulungs- und Trainingsprogramme sowie Informationsangebote richten sich hauptsächlich an Mitarbeiter:innen (Abbildung 40). Social-Media-Angebote richten sich zum Großteil an beide Gruppen. Angebote, die Apps und mobile Endgeräte nutzen, sind ebenfalls sowohl an die Pflegebedürftigen als auch die Mitarbeiter:innen gerichtet. Computerspiele hingegen richten sich fast ausschließlich an Pflegebedürftige.

### Abbildung 40: Adressatengruppen der genutzten digitalen Formate/Anwendungen aus Perspektive der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

#### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Digitale Formate oder Anwendungen sind in mehr als der Hälfte der Pflegeeinrichtungen im Kontext präventiver Angebote vorgesehen. Der Einsatz dieser Formate konzentriert sich vorrangig auf Video- und Webkonferenzen, die Nutzung mobiler Endgeräte sowie Online-Schulungen und -Trainings.
- Während Video- und Webkonferenzen sowie die Nutzung mobiler Endgeräte sowohl für Pflegebedürftige als auch für Mitarbeiter:innen eingesetzt werden, richten sich Computerspiele, Apps und Social Media eher an Pflegebedürftige. Online-Schulungs- und -Trainingsprogramme sind fast nur für Mitarbeiter:innen vorgesehen.
- Insgesamt ist die digitale Infrastruktur in vielen Pflegeeinrichtungen noch nicht ausgelegt für die Umsetzung präventiver Leistungen, die mit digitalen Formaten arbeiten. Pflegeeinrichtungen könnten hierfür andere Fördermöglichkeiten prüfen (z. B. § 8 SGB XI, Abs. 8), was jedoch noch nicht ausreichend bekannt ist.
- Zum Teil besteht sowohl aufseiten der Pflegekassen als auch aufseiten der Pflegeeinrichtungen Unklarheit über die Möglichkeiten zur Finanzierung digitaler Lösungen (z. B. bei monatlichen Nutzungsgebühren). Auch eine grundsätzliche Definition von digitalen Angeboten wird teilweise vermisst.

## 7.6 Verknüpfung präventiver Angebote nach § 5 SGB XI mit Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung nach 20b SGB V

In die **Literaturanalyse** wurden Publikationen miteinbezogen, die die Verknüpfung der Gesundheitsförderung der Zielgruppe Pflegebedürftiger und Beschäftigter thematisieren. Ein Beitrag zu ernährungsbezogenen Interventionen in Deutschland (**Kraaibeek, 2021**) (4-2) konnte ausfindig gemacht werden. Dieser beschreibt die große Relevanz von ernährungsbezogenen Interventionen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von Pflegekräften. Dieses Berufsfeld ist durch Schichtarbeit physisch und psychisch besonders herausgefordert und unterliegt dem erhöhten Risiko, am Metabolischen Syndrom zu erkranken (siehe dazu auch **Huber et al., 2021**). Das Modellvorhaben POLKA möchte dem mit gezielten Interventionen etwas entgegensetzen. POLKA plant die simultane Ausbildung von Lots:innen, die im Bereich Bewegung (und gegebenenfalls Ernährung) als Multiplikator:innen eingesetzt werden können. Die konkreten Umsetzungsmodalitäten und ihre Evaluationen waren zum Zeitpunkt der Literaturrecherche noch nicht veröffentlicht.

Weiterhin ist das Projekt QualiPEP „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (**Tempelmann et al., 2019; Tempelmann et al., 2020**) (4-10) zu nennen. Hier wurde sowohl die Stärkung der Gesundheitskompetenz auf der Ebene der Bewohnerschaft als auch die Weiterentwicklung der BGF in den Fokus genommen (siehe dazu die Hinweise in Abschnitt 7.4, Partizipation).

Die Ergebnisse der Online-Befragung **„aktiver“ Pflegeeinrichtungen** geben zunächst einen quantitativen Einblick in die praktische Umsetzung der Verknüpfung präventiver Leistungen mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Etwa ein Fünftel der Einrichtungen (22 Prozent) gibt an, dass sie die erbrachten präventiven Angebote für die Pflegebedürftigen nach § 5 SGB XI mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für das Pflegepersonal § 20b SGB V verknüpfen (Abbildung 41). Die Hälfte der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen (50 Prozent) verneint dies. Jedoch gibt etwas mehr als ein Viertel (27 Prozent) an, nicht zu wissen, ob die präventiven Leistungen mit Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung verknüpft sind.

**Abbildung 41: Verknüpfung präventiver Angebote § 5 SGB XI mit Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung § 20b SGB V**

Ergebnisse der Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der „aktiven“ Pflegeeinrichtungen

© Prognos 2022

In den Interviews und Workshops werden ergänzend zu den Ergebnissen aus der Literaturanalyse vor allem die Vor- und Nachteile diskutiert, die mit einer Verknüpfung von § 5 SGB XI und § 20b

SGB V einhergehen. **Akteursübergreifend** besteht die generelle Überzeugung, dass eine Verknüpfung beider Leistungsbereiche bzw. der Maßnahmen einen ganzheitlichen Ansatz ermöglicht, auch weil die betriebliche Gesundheitsförderung den verschiedenen Akteuren an sich als Instrument für eine ganzheitliche Organisationsentwicklung geeignet erscheint. Es herrscht Einigkeit darüber, dass aus der Verknüpfung die wechselseitige positive Beeinflussung der Gesundheit der Pflegebedürftigen und der der Mitarbeiter:innen hervorgehen kann.

Von **Forschungseinrichtungen** wird in Interviews weiterhin hervorgehoben, dass die Teilnahmemotivation der Pflegeeinrichtungen unter der Berücksichtigung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung besonders hoch sei. Unter den Pflegeeinrichtungen ist jedoch auch die gegenteilige Meinung vertreten, dass vor allem die Motivation der Mitarbeiter:innen eine Herausforderung zur Umsetzung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sein kann. Dieser Aspekt wird auch von den Pflegekassen bestätigt. Außerdem nennen die Pflegekassen einen mit der Verknüpfung von § 5 SGB XI und § 20b SGB V einhergehenden relativ hohen Aufwand, da bei BGF-Maßnahmen in der Regel die gesamte Einrichtung mit einbezogen werden müsse (bei Präventionsangeboten nach § 5 SGB XI ist dies nicht immer der Fall). Außerdem entstehe seitens der Pflegeeinrichtungen Überforderung bei der gleichzeitigen Umsetzung beider Leistungen bzw. Maßnahmen, die ebenfalls eine Hürde darstellen kann.

Als problematisch betrachten die **Trägerverbände** die leistungsrechtliche Abgrenzung zwischen Pflege- und Krankenversicherung, die bei einer Verknüpfung beider Leistungen bzw. Maßnahmen zu beachten sei. Die **Pflegeeinrichtungen** verweisen zum Teil auf mangelnde Praxistauglichkeit bei der Verknüpfung. Sowohl aus Sicht der Trägerverbände als auch der Pflegeeinrichtungen bestünden auf gesetzlicher Ebene und im Präventionsleitfaden konzeptionelle Unklarheiten bezüglich der Abgrenzung beider Maßnahmen bzw. Leistungen. Bereits in der Online-Befragung der **Pflegekassen** wurden verschiedene grundsätzliche Abgrenzungs- und Kombinationsproblematiken genannt: Abgrenzung von Regel- und Präventionsleistungen, Abgrenzung zu Fortbildungen im Rahmen von § 53b SGB XI, Verknüpfung von präventiven Leistungen und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Kombination mit der sogenannten „aktivierenden Pflege“ gemäß § 11 SGB XI. In den Interviews und Workshops wurde vor allem der letztgenannte Paragraph mehrfach genannt.

### Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

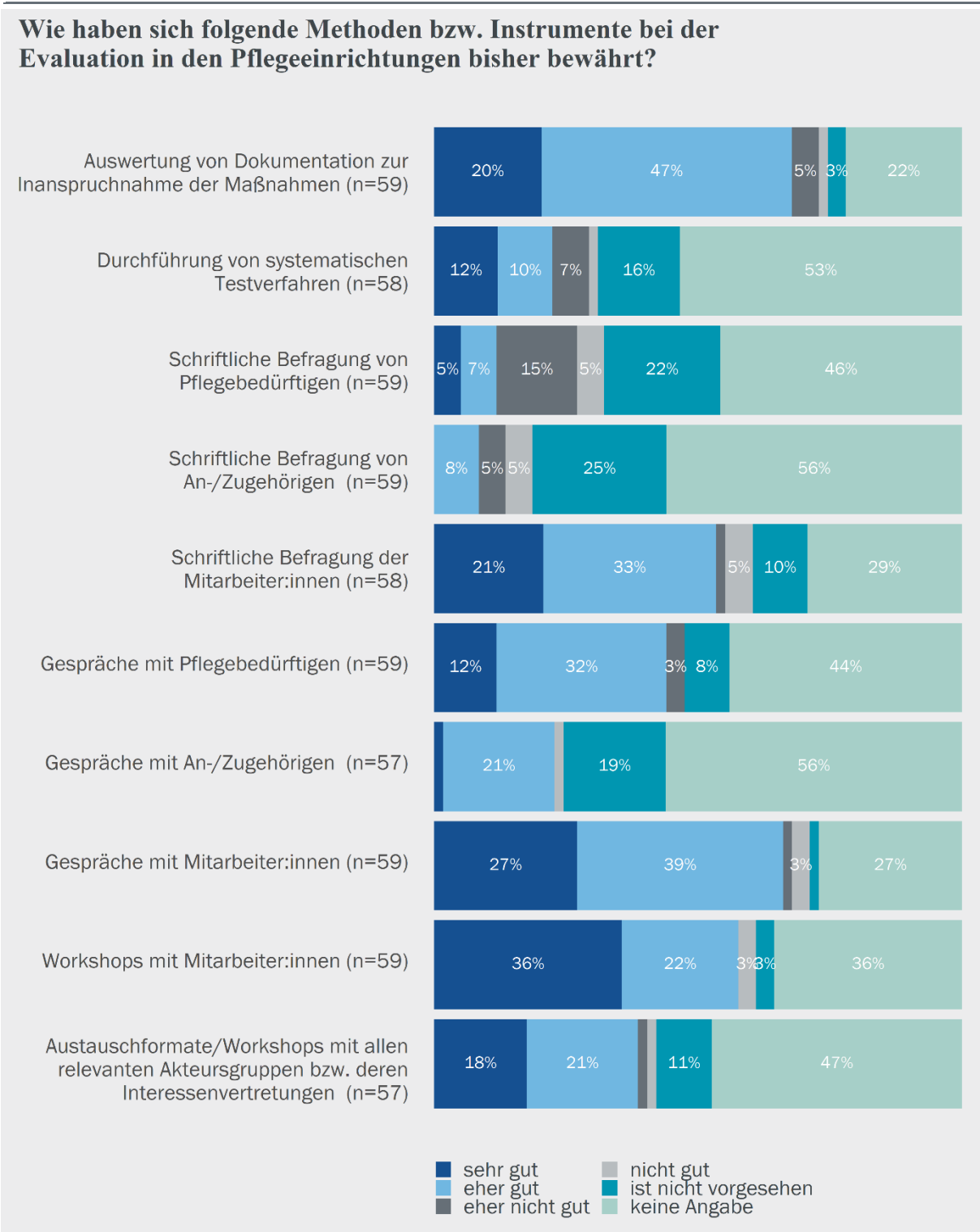
- Der positiven wechselseitigen Beeinflussung zwischen der Gesundheit der Pflegebedürftigen und der der Mitarbeiter:innen durch eine Verknüpfung von § 5 SGB XI und § 20b SGB V stimmen alle Akteur:innen grundsätzlich zu.
- Konkret umgesetzt wird die Verknüpfung präventiver Leistungen mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bisher in jeder fünften befragten „aktiven“ Pflegeeinrichtung. Mögliche Gründe dafür, dass bislang nicht noch mehr Pflegeeinrichtungen die beiden Bereiche miteinander verknüpfen, können z. B. sein, dass mit einer solchen Verknüpfung für die Einrichtungen ein hoher Aufwand einhergeht. Insbesondere Unklarheiten und fehlende Informationen zur leistungsrechtlichen Abgrenzung bzw. Kombinationsmöglichkeiten zwischen Pflege- und Krankenversicherung scheinen Hürden für die praktische Umsetzung darzustellen.

## 7.7 Evaluation und Qualitätssicherung der präventiven Angebote

Von den verschiedenen Evaluationsinstrumenten bewerten die **Pflegekassen** Auswertungen von Dokumentationen zur Inanspruchnahme der Maßnahmen zu mehr als zwei Dritteln (67 Prozent) insgesamt als eher gut oder sehr gut (Abbildung 42). Daran schließen sich mit 66 Prozent der Pflegekassen Gespräche mit Mitarbeiter:innen und 58 Prozent Workshops mit Mitarbeiter:innen an. Mehr als die Hälfte der Pflegekassen (54 Prozent) betrachtet schriftliche Befragungen der Mitarbeiter:innen als ein eher gut oder sehr gut bewährtes Instrument. Ähnlich wie bei den Instrumenten, die zur Bedarfsanalyse eingesetzt werden, geben die Pflegekassen auch in Bezug auf Evaluationsinstrumente seltener an, dass sich spezifische Instrumente eher gut oder sehr gut für Pflegebedürftige bewährt haben als für Mitarbeiter:innen. Weniger als die Hälfte der Pflegekassen (44 Prozent) betrachtet Gespräche mit Pflegebedürftigen als eher gut oder sehr gut bewährt. 39 Prozent der Pflegekassen sehen in Austauschformaten mit allen Akteursgruppen/Interessenvertretungen ein eher gut oder sehr gut bewährtes Instrument. Für etwa ein Zehntel der Pflegekassen (12 Prozent) trifft dies auf schriftliche Befragungen mit Pflegebedürftigen zu. Auch in Bezug auf Evaluationsinstrumente, die sich an Angehörige richten, geben die Pflegekassen seltener als für Instrumente, die sich an Mitarbeiter:innen richten, an, dass sich diese eher gut oder sehr gut bewährt haben: Gespräche mit Angehörigen sind für 23 Prozent der Pflegekassen und schriftliche Befragungen von Angehörigen für acht Prozent der Pflegekassen sehr gut oder eher gut bewährte Instrumente.

**Abbildung 42: Bewertung von Instrumenten zur Evaluation präventiver Angebote**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

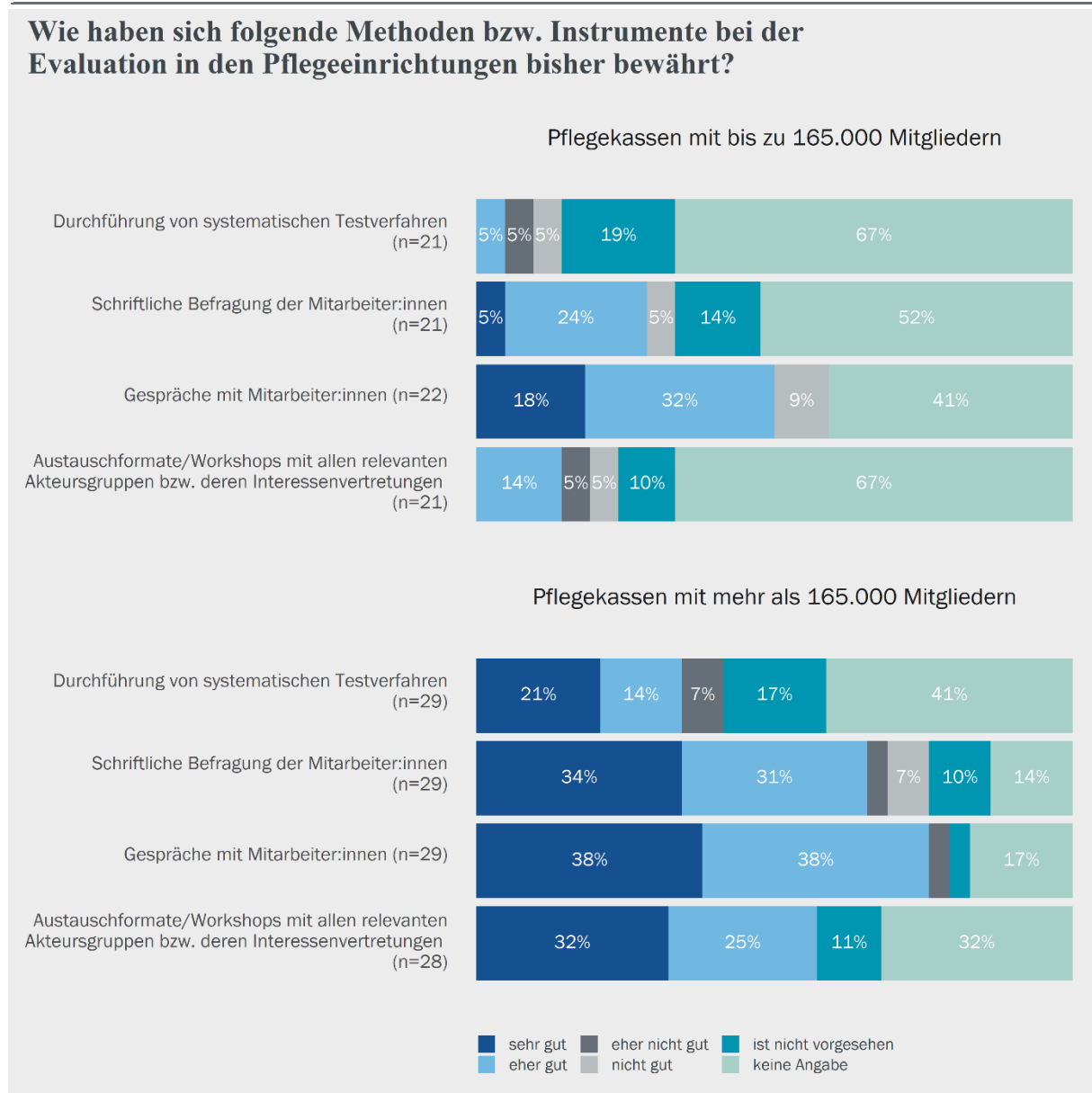
Bei einigen Methoden der Evaluation zeigen sich Unterschiede zwischen kleineren und größeren Pflegekassen (Abbildung 43). Schriftliche Befragungen der Mitarbeiter:innen, Gespräche mit Mitarbeiter:innen und Austauschformate oder Workshops mit allen relevanten Akteursgruppen bzw. deren Interessensvertretungen werden von jeweils rund einem Drittel der größeren Pflegekassen



als sehr gut bewertet. Für kleinere Pflegekassen haben sich diese Methoden und Instrumente weniger gut bewährt bzw. es ist häufiger keine Bewertung möglich. Auch systematische Testverfahren werden von größeren Pflegekassen häufiger genutzt und (positiv) bewertet.

**Abbildung 43: Bewertung von Instrumenten zur Evaluation präventiver Angebote nach Größe der Pflegekassen**

Ergebnisse der Online-Befragung der Pflegekassen, Anteil in Prozent



Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

© Prognos 2022

In der **Literatur** und in den Interviews mit **Pflegekassen(verbänden)** sowie mit einzelnen **Pflegeeinrichtungen, Dienstleistern und Forschungseinrichtungen** im Rahmen der Fallkonstellationen wurde insgesamt ein breites Spektrum an konkreten Evaluationsinstrumenten genannt. Besonders häufig waren darunter Vorher-Nachher-Befragungen, routinemäßige Dokumentationen (z. B. Inanspruchnahme, Führen von Gewicht- und Sturzprotokollen, Ernährungsprotokoll), Gruppengespräche, Interviews, Feedbackbögen (häufig von externen Dienstleistern oder begleitenden Forschungseinrichtungen).

Der Präventionsleitfaden empfiehlt die Umsetzung qualitätsgesicherter präventiver Angebote und sieht vor, dass die Präventionskonzepte neben Angaben zur Evaluation der Maßnahmen auch Angaben zu deren Qualitätssicherung machen (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 12). Den Ergebnissen der Online-Befragung der **Pflegekassen** zufolge thematisieren etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) der erfassten 101 Konzepte Maßnahmen zur Qualitätssicherung und 44 Prozent sehen die Einbindung von Qualitätsmanagement-Beauftragten vor (n=101 Konzepte; Abschnitt 6.1).

Die Interviews zu den Fallkonstellationen verdeutlichen insgesamt ein heterogenes Verständnis von Evaluation und Qualitätssicherung. So werden einzelne präventive Konzepte in Forschungs- und Entwicklungsprojekten unabhängig wissenschaftlich begleitet, um ihre Wirkungen zu erheben, während andere Angebote ausschließlich auf Praxiserfahrungen basieren. Bewertungen erfolgen dann oft auf Basis von subjektiven Beobachtungen und Wahrnehmungen der Pflegebedürftigen und Mitarbeiter:innen und ohne einen formalisierten Evaluierungsprozess (z. B. es gibt weniger Stürze, Mitarbeiter:innen sind zufriedener und motivierter, Sensibilisierung für das Thema ist gestiegen). Auch werden Konzepte oftmals individuell für die Bedarfe und Gegebenheiten der Pflegeeinrichtungen angepasst. Als Gruppenintervention entwickelte Angebote werden mitunter als Einzelintervention umgesetzt (z. B. bei Personen, die das Zimmer nicht verlassen können).

Die **Literaturanalyse** bestätigt dieses heterogene Bild: Zu den folgenden drei Kombinationsprogrammen liegen RCTs vor, die eine gute Wirksamkeit bestätigen: DeTaMaks, Procure und LBW. Veröffentlichte quantitative Studien zu anderen Interventionen lassen keine eindeutigen Schlüsse zur Wirksamkeit der Interventionen zu. Dies ist hauptsächlich aufgrund der mangelhaften Studienqualität der Fall oder weil die Ergebnisse widersprüchlich sind (z. B. freiheitsentziehende Maßnahmen). Diese werden oft zeitlich stark verzögert in Berichten verschriftlicht, die formal unstrukturiert sein können und nicht immer veröffentlicht werden.

Im Workshop bestätigen die **Pflegekassen**, dass Evaluationen durch Forschungseinrichtungen wissenschaftlich fundierte Ergebnisse liefern können. Ein solches evidenzbasiertes Vorgehen bei der Entwicklung und Umsetzung sei aber aufwendig und zeitintensiv. In der Praxis müssten mit Blick auf die konzeptgetreue Umsetzung erfahrungsgemäß auch häufig Zugeständnisse gemacht werden, um die Konzepte in den einzelnen Einrichtungen umsetzen zu können.

Die **Wissenschaftler:innen** betonen im Workshop die essenzielle Bedeutung eines evidenzbasierten Vorgehens bei den präventiven Angeboten: Ohne Evidenz der Wirkungen von Maßnahmen sei keine Unterscheidung zwischen hilfreichen und nicht hilfreichen Maßnahmen möglich. Auch die Qualitätssicherung der Umsetzung und die Verknüpfung mit dem Qualitätsmanagement der Einrichtungen sei wichtig, um die Wirksamkeit der Angebote fortlaufend sicherstellen zu können. Als wesentliche Herausforderungen bzw. Hürden nennen sie in diesem Kontext:

- Zeitliche und finanzielle Ressourcen für Evaluationsaufgaben fehlen regelhaft in den Einrichtungen (z. B. für die Aufbereitung von Routinedaten, empirische Erhebungen, Teilnahme an Schulungen zur Evaluation). Die Finanzierung durch die Pflegekassen sei vornehmlich an die Anzahl der am Angebot teilnehmenden Personen geknüpft, vernachlässige dabei aber diese fixen Kosten für Evaluationsaufgaben in den Einrichtungen.
- Die fehlenden Finanzierungsstrukturen nach der Modellphase begrenzen die Möglichkeiten für (umsetzungsbegleitende) Studien und somit die Güte der Evidenz. Auch während der Modellphase würden Sachkosten für Evaluationsaufgaben, die den Einrichtungen entstehen, nicht finanziert.
- Die Finanzierungsmöglichkeiten für Evaluationen variieren in Abhängigkeit der „Größe“ der Pflegekassen (gemessen an der Mitgliederzahl).
- Die Heterogenität der Pflegebedürftigen muss in den Konzepten systematisch abgebildet werden. Disseminations- und Konkretisierungsvorschläge für einzelne Einrichtungen müssen deshalb Bestandteil des Ausgangskonzepts sein. Dies erhöht die Komplexität der Konzepte.
- Kurze Verweildauern ermöglichen überwiegend nur formative Evaluationen.

## Zusammenfassung und Bewertung der zentralen Ergebnisse

- Alle beteiligten Wissenschaftler:innen bekräftigen die Zielsetzungen des Präventionsleitfadens zur Evaluation und Qualitätssicherung der präventiven Angebote: Damit pflegebedürftige Menschen ihren Gesundheitszustand länger erhalten und Mitarbeiter:innen gesund bleiben können, sind sowohl evidenzbasierte Konzeptentwicklungen als auch die Qualitätssicherung der Umsetzung und die Verknüpfung mit dem Qualitätsmanagement der Einrichtungen wichtig.
- Bisher zeigt sich, dass die Evaluation der präventiven Konzepte stark variiert: teilweise findet in Forschungs- und Entwicklungsprojekten eine umfassende wissenschaftliche Begleitung statt, die fundierte Erkenntnisse liefern kann, während andere Konzepte allein auf Praxiserfahrungen basieren und die Wirkungen nicht systematisch erhoben werden.
- Auch werden Konzepte oftmals individuell für die Bedarfe und Gegebenheiten der Pflegeeinrichtungen angepasst. Als Gruppenintervention entwickelte Angebote werden mitunter als Einzelintervention umgesetzt (z. B. bei Personen, die das Zimmer nicht verlassen können). Diese Anpassungen in der Praxis können die Wirksamkeit des Angebots beeinflussen.
- Es wurden Hinweise dafür gesammelt, dass die Rahmenbedingungen für ein evidenzbasiertes Vorgehen noch verbessert werden können, etwa mit Blick auf den Stellenwert der Evaluationen und der Einplanung von Ressourcen für die anfallenden Aufgaben aller beteiligter Akteur:innen.
- Analog zu den Befunden zur Partizipation stehen bei den Evaluationsinstrumenten, die bisher im Einsatz sind, die Mitarbeiter:innen der Einrichtungen im Fokus. Daneben spielen Auswertungen von Dokumentationen zur Inanspruchnahme eine wesentliche Rolle.
- Austauschformate mit allen Beteiligten und systematische Testverfahren haben sich aus Sicht der Pflegekassen ebenfalls vergleichsweise häufig bewährt, insbesondere aus Sicht der „großen“ Pflegekassen (gemessen an der Mitgliederzahl).
- Sowohl bei der Betrachtung der Finanzierung von Evaluationen als auch bei den von Pflegekassen eingesetzten Instrumenten gibt es Hinweise darauf, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen von der „Größe“ der jeweiligen Pflegekasse abhängen können.
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind lediglich in etwas über der Hälfte der erfassten präventiven Konzepte vorgesehen. Die Einbindung von Qualitätsmanagement-Beauftragten sieht weniger als die Hälfte der erfassten Konzepte vor.

## 8 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und des Präventionsleitfadens

---

Im Verlauf der Evaluation wurden in den empirischen Erhebungen und insbesondere im Rahmen der Workshops zahlreiche Vorschläge für Weiterentwicklungen der Rahmenbedingungen für Leistungen nach § 5 SGB XI und des Präventionsleitfadens gesammelt (Tabelle 4):

- In der ersten Spalte werden die **wesentlichen Ergebnisse** der Evaluation benannt.
- In der zweiten Spalte sind **einzelne Vorschläge beteiligter Akteurinnen und Akteure** mit Bezug zu den Ergebnissen aufgeführt, die sich aus den qualitativen Instrumenten (offene Antworten der Online-Befragungen, Interviewaussagen und Workshop-Diskussionen) ergeben. Hier sind sowohl einzelne Ideen von Interviewpartner:innen, mehrfach geäußerte Ideen als auch konsolidierte Vorschläge aus Workshops enthalten.
- Die dritte Spalte enthält **Empfehlungen** des Evaluationsteams, die auf Grundlage der Ergebnisse und der gesammelten Vorschläge unter Berücksichtigung der jeweiligen Gewichtung (z. B. Einzelmeinung versus Zustimmung vieler Akteur:innen) entwickelt wurden.

**Tabelle 4: Übersicht über die wesentlichen Evaluationsergebnisse, Vorschläge der Akteur:innen und Empfehlungen des Evaluationsteams zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI**

Ergebnisse zur Verbreitung präventiver Angebote und Information der Pflegeeinrichtungen	Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops	Empfehlungen des Evaluationsteams
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Pflegekassen(verbände) nehmen ihren Präventionsauftrag in stationären Pflegeeinrichtungen umfassend wahr: Bis auf wenige Ausnahmen setzen alle befragten Pflegekassen präventive Leistungen um (63 von 72 befragten Pflegekassen).</li> <li>■ Als zentrale übergreifende Strategie der Pflegekassen kann die intensive Kooperation untereinander sowie die mit Dienstleistern gesehen werden. Mit Forschungseinrichtungen wird seltener zusammengearbeitet. Die Zusammenarbeit wird allgemein positiv bewertet.</li> <li>■ Die Aufgabenteilung bei der Entwicklung, Verbreitung, Umsetzung und Evaluation eines präventiven Angebots zwischen den Pflegekassen(verbänden), Trägerverbänden, Forschungseinrichtungen, Dienstleistern und Pflegeeinrichtungen variiert. Trotz der vielfältigen Kooperationslösungen sind generelle Aufgabenschwerpunkte (z. B. Hauptverantwortung für Konzeption, Umsetzung, Evaluation) erkennbar: Pflegekassen übernehmen in der Regel Konzeptions-, Koordinations- sowie Informations- und Beratungsaufgaben. Dienstleister übernehmen in unterschiedlichem Maße die o. g. Aufgaben der Pflegekassen sowie zusätzlich die Umsetzung und Begleitung der präventiven Angebote in den Pflegeeinrichtungen. Forschungseinrichtungen evaluieren oftmals die präventiven Angebote, können im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten aber auch aktiv an der Umsetzung beteiligt sein. Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen bringen sich vorwiegend durch die Information, Motivation und Vernetzung von Einrichtungen ein. Die Pflegeeinrichtungen sind im gesamten Gesundheitsförderungsprozess aktiv, d. h. bei der Angebotsauswahl und -beantragung, Bedarfsanalysen, strukturellen Vorbereitungen (z. B. Steuerungsgremien) und ggf. individuellen Anpassung, Durchführung, Qualitätssicherung und Evaluation der Angebote.</li> <li>■ Die Pflegekassen setzen im Schnitt ca. sechs präventive Konzepte (Median: 4) um. Federführend setzen sie durchschnittlich 3,4 Konzepte federführend um (Median: 1) (ggf. durch beauftragte Dienstleister). „Größere“ Pflegekassen (über 165.000 Mitglieder) nutzen jeweils eine größere Anzahl an Konzepten und haben zudem häufiger die Federführung bei deren Entwicklung und Umsetzung als „kleinere“ Pflegekassen (unter 165.000 Mitglieder).</li> <li>■ Die meisten erfassten Konzepte werden zum Erhebungszeitpunkt umgesetzt und viele sollen auch in Zukunft genutzt werden.</li> <li>■ Die bisherige Informations- und Beratungsleistung durch die Pflegekassen wird durch die aktiven und „nicht aktiven“ Pflegeeinrichtungen unabhängig von der Art der Beratung größtenteils positiv bewertet. Vielfältige Zugangswege werden angeboten und ergänzen sich gegenseitig.</li> <li>■ Die Kenntnis und das Wissen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu den Fördermöglichkeiten nach § 5 SGB XI ist in vielen Pflegeeinrichtungen noch nicht ausreichend.</li> <li>■ Generell gelingt die Sensibilisierung von Pflegeeinrichtungen für das Thema leichter als die Motivierung zur tatsächlichen Umsetzung von Leistungen, da hier oftmals Hürden durch die generellen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen gesehen werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verpflichtung der Einrichtungen zur Vorhaltung von präventiven Angeboten bzw. Rechtsanspruch für Pflegebedürftige (Interessenvertretungen)</li> <li>■ Bekanntheit des Präventionsleitfadens erhöhen (Pflegekassen)</li> <li>■ Angebotskatalog mit evaluierten und qualitätsgeprüften Konzepten (für Pflegebedürftige und Mitarbeiter:innen) als Überblick für Pflegekassen und zur Vereinfachung der Antragsstellung (niedrigschwellig) für Pflegeeinrichtungen (Pflegekassen, „nicht aktive“ Pflegeeinrichtungen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwicklung einer bundesweiten Informations- und Aufklärungsstrategie für Pflegeeinrichtungen zu den Leistungen nach § 5 SGB XI, idealerweise unter Beteiligung von Pflegekassen(verbänden), Einrichtungsträger(verbände)n, Forschenden und auch Pflegebedürftigen bzw. deren Interessenvertretungen</li> <li>■ Digitale Konzept-Plattform für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen mit erprobten Konzepten zu den Handlungsfeldern des Präventionsleitfadens; inklusive dem jeweiligen Entwicklungs- und Umsetzungsgrad sowie Optionen zur Weiterentwicklung und Übertragbarkeit für andere Zielgruppen</li> </ul>

### Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Umsetzung der Leistungen und deren dauerhafter Implementierung

- Die Umsetzungskriterien des Präventionsleitfadens sind aus Sicht der Pflegekassen zum Großteil problemlos zu erfüllen. Herausfordernde Umsetzungskriterien scheinen vor allem die dauerhafte Implementierung und kontinuierliche Anwendung der Maßnahmen und das aktive Einbeziehen pflegebedürftiger Menschen in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess darzustellen.
- Die Förderung von Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI ist zeitlich begrenzt und soll die Verstetigung der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen erreichen. Dies wird aus Sicht aller einbezogenen Akteursgruppen als zentrale Herausforderung gesehen. 37 Prozent der befragten Pflegekassen geben an, dass die dauerhafte Implementierung und kontinuierliche Anwendung der Maßnahmen in den Einrichtungen zumeist problemlos gelingen.
- Im Evaluationszeitraum war die Lage in den Pflegeeinrichtungen stark durch die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie geprägt. Diese bremsen die Umsetzung der präventiven Leistungen insgesamt aus, wenngleich rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen die Angebote auch unter Pandemiebedingungen weiterführten – zumeist mit Einschränkungen und in angepasster Form (z. B. mithilfe digitaler Formate). Dennoch konnten Gelingensfaktoren für (nachhaltige) Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen identifiziert werden, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:
- Eine gute Zusammenarbeit der beteiligten professionellen Akteur:innen (insbesondere Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungsträger, Dienstleister) wirkt unterstützend. Die bisherige Zusammenarbeit und Kooperationsbereitschaft werden von allen Seiten positiv bewertet.
- Ein hohes Engagement und die Unterstützung des Präventionsgedankens durch die Leitungen und Mitarbeiter:innen in den stationären Pflegeeinrichtungen sind aus Sicht vieler interviewter Akteur:innen entscheidend für das Gelingen. Insgesamt bedarf es in den Pflegeeinrichtungen eines Pflegeverständnisses, das grundsätzlich auch Prävention und Gesundheitsförderung umfasst. Kontinuierliche Steuerungsgremien in den Einrichtungen sind hierfür wichtig, deren Etablierung stellt aber noch eine Herausforderung dar.
- Die fachliche Qualifikation der Einrichtungsmitarbeiter:innen wurde in mehreren Interviews als Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung beschrieben. Zahlreiche Konzepte setzen daher bereits auf Schulungen für Mitarbeiter:innen und ihre Rolle als Multiplikator:innen. Auch ihre Beteiligung im gesamten Gesundheitsförderungsprozess ist relevant und findet oft statt.
- Kommunikation und Sprache sind laut zahlreicher Akteur:innen, die an der praktischen Umsetzung von Präventionsmaßnahmen beteiligt sind, ein wichtiger Kompetenzbereich.

### Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops

- Sensibilisierung der Einrichtungen – insb. der Mitarbeiter:innen – dafür, dass sich Prävention langfristig lohnt (Pflegekassen)
- Ganzheitliche gesetzliche Regelung, Finanzierung und Konzeption von Pflegeleistungen, Präventionsleistungen und BGF, um Praxistauglichkeit zu verbessern (Leistungserbringer)
- Verdeutlichung der Abgrenzung von der „aktivierenden Pflege“ über eine ausführlichere Beschreibung des Begriffs der Prävention im Präventionsleitfaden, z. B. Differenzierung zwischen Mobilisierung und körperlicher Aktivität durch Prävention oder zwischen psychosozialer Gesundheit und aktivierender Pflege trennschärfer aufzeigen. (Pflegekassen, Leistungserbringer)
- Umfassende Aufklärung und Unterstützung für Einrichtungen anbieten (Pflegekassen)
- Ergänzung des Präventionsleitfadens um konkrete Handlungsanleitungen, z. B. wären spezifische Hinweise zu Ansätzen und Möglichkeiten zur Umsetzung von Gewaltprävention und Partizipation hilfreich (Pflegekassen)
- Schulungen treffen qualifikationsübergreifend auf großes Interesse (Wissenschaft)
- Konkretisierung im Präventionsleitfaden: Was bedeuten Langfristigkeit und Nachhaltigkeit? (Pflegekassen)
- Schulung von Multiplikator:innen erhöht Nachhaltigkeit (Pflegekassen)
- Es besteht teilweise der Wunsch nach dauerhafter (Stellen)Finanzierung (für Koordination, Umsetzung) für Einrichtungen, damit evidenzbasierte präventive Maßnahmen nachhaltig in der Regelversorgung gestärkt werden (über zeitweise Projekte hinaus) (Leistungserbringer, Wissenschaft)

### Empfehlungen des Evaluationsteams

- Akteursübergreifend Möglichkeiten nutzen, um den Präventionsgedanken im Setting Pflegeeinrichtung zu unterstützen und zur Verbreitung eines Pflegeverständnisses beitragen, das grundsätzlich auch Prävention und Gesundheitsförderung umfasst
- Konkretisierung im Präventionsleitfaden, was genau mit „Nachhaltigkeit“ der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen bzw. Strukturen gemeint ist
- Kontinuierliche Einplanung ausreichender Personalressourcen auch im Anschluss an die Förderung nach § 5 SGB XI; dabei den Blick auf die generelle Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen richten und nicht ausschließlich auf die Förderung nach § 5 SGB XI verengen
- Gemeinsame Identifikation oder ggf. Neuentwicklung von Lösungen durch Pflegeeinrichtungen und ihre Träger (verbände) sowie Pflegekassen (verbände), um den Aufgabenbereich Gesundheitsförderung und Prävention dauerhaft in der Pflege zu etablieren
- Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der verfügbaren Konzepte erhöhen, durch praxistaugliche Aufbereitung und Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse für Pflegeeinrichtungen (z. B. mit Blick auf Sprachbarrieren bei Mitarbeiter:innen); ggf. im Rahmen der

- Personalmangel und Personalfluktuation stellen aus Sicht aller befragter Akteursgruppen eine zentrale Hürde für die Verbreitung und Verstetigung von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen dar. So geben etwa 87 Prozent der befragten Pflegekassen an, dass geringe Personalressourcen in den Einrichtungen eine Herausforderung bei deren Motivierung zur Leistungsumsetzung darstellen. Befragte Pflegeeinrichtungen, die bereits präventive Leistungen umsetzen, bewerten den Arbeitsaufwand für die Umsetzung der Angebote und die Kooperation während der Förderphase nach § 5 SGB XI hingegen als angemessen.
  - Präventive Konzepte müssen passgenau für den jeweiligen Versorgungsschwerpunkt der Einrichtung und die Pflegebedürftigen sein. Die Vielfalt der Pflegebedürftigen (z. B. bezüglich Bedarfe, Fähigkeiten, Einschränkungen), häufige individuelle Veränderungen (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustands) sowie kurze Verweildauern in den Einrichtungen stellen unter anderem aus Sicht von Wissenschaftler:innen besonders hohe Anforderungen an die Konzeptentwicklung und Umsetzung.
  - Flexiblere Möglichkeiten bei der Finanzierung inkl. längerfristige Finanzierung für bestimmte Konzepte (z. B. digitale Anwendungen) sollten geprüft werden (Pflegekassen)
  - Regelmäßige Zertifizierung wäre möglicherweise sinnvoll, aber nur, wenn sie inhaltlich aussagekräftig ist (Pflegekassen)
  - Gewünscht wird eine Verbesserung der generellen Rahmenbedingungen in der Pflege (insb. Personalausstattung), die über den Leistungsbereich der Gesundheitsförderung und Prävention hinausgehen, diesen Bereich aber mit betreffen (Leistungserbringer)
- o. g. digitalen Konzept-Plattform für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen
-

### Ergebnisse zur Evaluation und Qualitätssicherung präventiver Konzepte

- Alle beteiligten Wissenschaftler:innen bekräftigen die Zielsetzungen des Präventionsleitfadens zur Evaluation und Qualitätssicherung der präventiven Angebote: Damit pflegebedürftige Menschen ihren Gesundheitszustand länger erhalten und Mitarbeiter:innen gesund bleiben können, sind sowohl evidenzbasierte Konzeptentwicklungen als auch die Qualitätssicherung der Umsetzung und die Verknüpfung mit dem Qualitätsmanagement der Einrichtungen wichtig.
- Bisher zeigt sich, dass die Evaluation der präventiven Konzepte stark variiert: Teilweise findet in Forschungs- und Entwicklungsprojekten eine umfassende wissenschaftliche Begleitung statt, die fundierte Erkenntnisse liefern kann, während andere Konzepte allein auf Praxiserfahrungen basieren und die Wirkungen nicht systematisch erhoben werden.
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind lediglich in etwas über der Hälfte der erfassten präventiven Konzepte vorgesehen. Die Einbindung von Qualitätsmanagement-Beauftragten sieht weniger als die Hälfte der erfassten Konzepte vor.
- Es wurden Hinweise dafür gesammelt, dass die Rahmenbedingungen für ein evidenzbasiertes Vorgehen noch verbessert werden können, etwa mit Blick auf den Stellenwert der Evaluationen und der Einplanung von Ressourcen für die anfallenden Aufgaben aller beteiligter Akteure.
- Analog zu den Befunden zur Partizipation stehen bei den Evaluationsinstrumenten, die bisher im Einsatz sind, die Mitarbeiter:innen der Einrichtungen im Fokus. Daneben spielen Auswertungen von Dokumentationen zur Inanspruchnahme eine wesentliche Rolle.
- Austauschformate mit allen Beteiligten und systematische Testverfahren haben sich aus Sicht der Pflegekassen ebenfalls vergleichsweise häufig bewährt, insb. aus Sicht der „großen“ Pflegekassen (gemessen an der Mitgliederzahl).
- Sowohl bei der Betrachtung der Finanzierung von Evaluationen als auch bei den von Pflegekassen eingesetzten Instrumenten, gibt es Hinweise darauf, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen von der „Größe“ der jeweiligen Pflegekasse abhängen können.
- Präventive Konzepte auf Basis von – insbesondere aktuellen – Forschungs- und Entwicklungsprojekten, also unter Beteiligung von Forschungseinrichtungen, schaffen im Durchschnitt eine höhere Evidenz als in anderen Rahmen entwickelte Konzepte. Dies verdeutlicht den Wert einer umfassenden wissenschaftlichen Begleitung von präventiven Angeboten, um den Präventionsauftrag entsprechend dem Präventionsleitfaden umzusetzen.

### Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops

- Finanzierung der Evaluationsaufgaben verbessern (für Wissenschaft und Einrichtungen), um evidenzbasierte Konzepte zu fördern; ggf. durch intensiveren Zusammenschluss der Pflegekassen, um Ressourcen zu bündeln; durch Transparenz über die hohen Aufwände für die Entwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung von Konzepten bei allen beteiligten Akteuren; durch die Finanzierung von Evaluations- und Qualitätssicherungsaufgaben auch nach der Modellphase (Wissenschaft)
- Konzentration auf weit verbreitete Angebote (viele Einrichtungen): Im ersten Schritt eine umfassende RCT mit Kontrollgruppe zum Konzept durchführen; im weiteren Verlauf die Überprüfung weniger Kernindikatoren in den Einrichtungen mittels Vorher-Nachher-Vergleich und Abgleich mit Ergebnissen der RCT (Wissenschaft)
- Disseminations- und Konkretisierungsvorschläge sollten Bestandteile des Ausgangskonzepts sein, um individuelle Anpassungen in Einrichtungen evidenzbasiert zu ermöglichen (Wissenschaft)
- Es besteht teilweise der Wunsch nach einer Abmilderung des Anspruchs an Evaluation und Qualitätssicherung im Präventionsleitfaden. Der Anspruch sei wünschenswert, sollte aber kein Ausschlusskriterium sein, um die praktische Umsetzung von Leistungen nicht zu hemmen. (Pflegekassen)
- Der Präventionsleitfaden sollte kontinuierlich weiterentwickelt werden (Pflegekassen, Wissenschaft)

### Empfehlungen des Evaluationsteams

- Evaluation und kontinuierliche Qualitätssicherung der Angebote in Pflegeeinrichtungen, um langfristig Effekte für Pflegebedürftige und/oder Mitarbeiter:innen zu erzielen
- Vorteile evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Angebote kommunizieren (z. B. Wirkungen für Zielgruppen, Versorgungsqualität, ggf. Wirtschaftlichkeit)
- Aufbau von Strukturen und die Einplanung angemessener Ressourcen, um langfristig Evaluations- und Qualitätssicherungsaufgaben im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in den Einrichtungen zu konzeptualisieren und zu implementieren – unter Einbezug aller relevanten Akteursgruppen
- Engere Vernetzung zwischen denjenigen, die Konzepte entwickeln, und denen, die die praktische Implementierung verantworten; z. B. im Rahmen der o. g. digitalen Konzept-Plattform für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen
- Evaluationskonzepte klären für Angebote, die als Gruppenintervention entwickelt wurden, aber als Einzelintervention umgesetzt werden könnten (bei zielgruppenspezifischem Bedarf)
- Mindestanforderungen an die Verbreitung präventiver Angebote auf Grundlage einzelner Konzepte prüfen (wegen Mindest-Fallzahlen für Evidenz)



- Es besteht eine große Vielfalt der Verbreitung präventiver Angebote auf Grundlage einzelner Konzepte (variiert von einer bis 500 Einrichtungen). Um die Wirkung von präventiven Angeboten evaluieren zu können, ist eine Untersuchung in einer ausreichenden Anzahl von Pflegeeinrichtungen notwendig.
  - Setzen Pflegekassen präventive Leistungen mithilfe von Konzepten Dritter um, z. B. Dienstleister oder Pflegeeinrichtungen, ist als Voraussetzung zur Erfüllung der Umsetzungskriterien häufig Anpassungsbedarf auf Konzeptebene durch die Pflegekassen erforderlich. Auch werden Konzepte oftmals individuell für die Bedarfe und Gegebenheiten der Pflegeeinrichtungen angepasst. Als Gruppenintervention entwickelte Angebote werden mitunter als Einzelintervention umgesetzt (z. B. bei Personen, die das Zimmer nicht verlassen können). Diese Anpassungen in der Praxis können die Wirksamkeit des Angebots beeinflussen.
-

### Ergebnisse zur Umsetzung des Setting-Ansatzes und zur Partizipation

- Die Umsetzung der übergeordneten Präventionsziele – gesundheitsfördernde Potenziale der Pflegeeinrichtungen zu stärken und insb. Steuerungsgremien aufzubauen – stellen die Pflegekassen vor Herausforderungen.
- Präventive Angebote, die Gegenstand von Forschungs- und Entwicklungsprojekten sind, befördern den Setting-Ansatz.
- Etwa die Hälfte der Pflegekassen hat im Rahmen der Online-Befragung Angaben dazu gemacht, welche Ausschlusskriterien zur Ablehnung von Förderanträgen führen. Am häufigsten wurde hierzu genannt, dass die Finanzierung von Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenständen, Mobiliar und technischen Hilfsmitteln nicht auszuschließen sei.
- Die Partizipation der Pflegebedürftigen im gesamten Gesundheitsförderungsprozess ist eine zentrale Herausforderung aus Sicht aller für diese Evaluation berücksichtigten Akteur:innen. Dies kann auf verschiedene Umstände zurückgeführt werden. Zunächst fehlt es an einem grundlegenden gemeinsamen Verständnis von Partizipation. Auch unterscheiden sich die verschiedenen präventiven Angebote und Bedingungen vor Ort zum Teil stark voneinander, sodass die jeweiligen Voraussetzungen für die Berücksichtigung partizipativer Ansätze unterschiedlich sind. Darüber hinaus scheinen Lösungsansätze für eine gelingende Partizipation nicht unter allen an präventiven Leistungen beteiligten Akteur:innen gleichermaßen bekannt zu sein.
- Die Partizipation von Mitarbeiter:innen wird insgesamt als einfacher eingeschätzt als die von Pflegebedürftigen. Die Partizipation von Angehörigen scheint noch wenig berücksichtigt zu werden.
- In einigen präventiven Angeboten ist Partizipation hingegen zentraler Bestandteil der Konzeption, Umsetzung und Evaluation.

### Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops

- Aufklärung und Information zu präventiven Angeboten zusätzlich zu Pflegeeinrichtungen auch an Pflegebedürftige und Angehörigen adressieren (Interessenvertretungen Pflegebedürftiger)
- Information und Aufklärung zu konkreten, praxistauglichen Partizipationsansätzen (Gute Praxis, Handlungsleitfäden) (Pflegekassen, Trägerverbände)
- Strategie der Angehörigenbeteiligung erforderlich (Interessenvertretungen Pflegebedürftiger)
- Rechtsanspruch auf präventive Leistungen für Pflegebedürftige im stationären Bereich (Interessenvertretungen Pflegebedürftiger)
- Mitarbeiter:innenqualifikation, um bei Partizipation mit Beeinträchtigungen umzugehen (Hörbehinderung, Demenz) (Interessenvertretungen Pflegebedürftiger)
- Kulturwandel in der Praxis notwendig: für die Pflegebedürftigen arbeiten, nicht, um Regeln zu erfüllen (Leistungserbringer)
- Pflegebedürftige bei Partizipation in den Mittelpunkt stellen, weitere Beteiligte nur zusätzlich einbinden (Angehörige, Mitarbeiter:innen, Betreuer:innen) (Interessenvertretungen)
- Konkretisierung und Ergänzung im Präventionsleitfaden: Wie kann Partizipation von Pflegebedürftigen gelingen, wenn klassische Methoden (z. B. Befragungen) sich nicht mehr umsetzen lassen?
- Einbezug von Interessenvertretungen in die Koordination der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI insgesamt und bei der Konzeption von Angeboten (Interessenvertretungen)
- Förderung der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Settings, dabei Gewährleistung von Selbstbestimmung und Partizipation (Leistungserbringer)
- Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz weiter stärken (z. B. Teilnahme der Pflegebedürftigen an Bewerbungsgesprächen oder Umgebungsgestaltung für Menschen mit Demenz) (Interessenvertretungen Pflegebedürftiger, Wissenschaft)
- Konzentration auf Sozialraumorientierung zentral (auch eventuell digital) (Interessensvertretungen)

### Empfehlungen des Evaluationsteams

- Bei der Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher präventiver Angebote gemäß dem Setting-Ansatz alle Adressatengruppen einbinden, insb. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zur Berücksichtigung der individuellen Interessen und Bedarfslagen
- Bekanntheit geeigneter partizipativer Vorgehensweisen und Formate bei Pflegebedürftigen, die bereits umgesetzt werden, steigern (insb. in den Alltag integrierte Formate, begleitete/supervidierte Gruppensprache, Einbindung von Familienangehörigen, Vertreter:innen des Heimbeirats oder Interessenvertretungen)
- Partizipative Maßnahmen aus initialen Forschungs- und Entwicklungsprojekten dauerhaft in der Umsetzung der Angebote übernehmen, um Verstetigung der Partizipation zu erreichen
- Partizipation und soziale Teilhabe als wichtige Merkmale der Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen und als Querschnittsthemen betrachten; langfristig mit Blick auf alle an der Versorgung beteiligten Personen (professionelle Akteure, Pflegebedürftige, Angehörige u. a.)
- Setting-Ansatz intensiver verfolgen, um das übergeordnete Präventionsziel – gesundheitsfördernde Potenziale der Pflegeeinrichtungen zu stärken – zu erreichen; etwa durch Umsetzungskonzepte für verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. Steuerungsgremien, Umsetzung eines Quartieransatzes) sowie die Bearbeitung von Querschnittsthemen, die handlungsfeldübergreifend alle Beteiligten in den Einrichtungen betreffen (z. B. Partizipation, Gesundheitskompetenz oder Prävention von Gewalt mit den kommunikativen, körperlichen, psychosozialen und strukturellen Dimensionen)
- Setting-Ansatz durch die u. g. Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention für Pflegebedürftige mit BGF für Mitarbeiter:innen stärken

- Mehr Transparenz über die Aktivitäten der Pflegekassen (z. B. Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse von Prognos und der FH Münster) (Interessenvertretungen)
- Bei Verhältnisprävention auch die räumliche und bauliche Gestaltung der Einrichtungen mit in den Blick nehmen, die derzeit über die Fördermöglichkeiten nach § 5 SGB XI hinausgeht, aber dennoch relevant für die Partizipation und soziale Teilhabe von Pflegebedürftigen sein kann

Ergebnisse zu den Zielgruppen der präventiven Angebote	Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops	Empfehlungen des Evaluationsteams
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ein Großteil der 101 erfassten präventiven Konzepte ist für vollstationäre Einrichtungen ausgelegt, nur wenige für die Tagespflege.</li> <li>■ Obwohl die meisten Konzepte nach Angaben der Pflegekassen grundsätzlich für alle Pflegebedürftigen geeignet sind, gibt es Hinweise, dass bestimmte Gruppen im Setting Pflegeeinrichtung nicht ausreichend erreicht werden können (insb. mit sehr hohem Pflegebedarf und junge Pflegebedürftige). Für Pflegebedürftige mit demenziellen Erkrankungen gibt es hingegen bereits eine ganze Reihe an spezifischen Konzepten.</li> <li>■ Auch die geschlechterspezifische Gestaltung wird für über ein Drittel der Konzepte angegeben, wobei hier oftmals kein gängiges Verständnis von Geschlechtergerechtigkeit erkennbar ist. (Gleicher Zugang für alle Geschlechter wird häufig als Kriterium genannt).</li> <li>■ Eine kultursensible Gestaltung wird ebenfalls etwa für ein Drittel der Konzepte angegeben und bezieht sich in erster Linie auf mehr- oder fremdsprachige Angebote. In mehrsprachig gestalteten Angeboten wird ein großes Potenzial erkennbar, um die Sprachbarrieren seitens der Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen zu überwinden und damit die Rahmenbedingungen für die praktische Umsetzung der Angebote zu verbessern.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stark beeinträchtigte Menschen intensiver einbeziehen: Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen, dass Prävention auch bei dieser Zielgruppe sinnvoll sein kann (Wissenschaft)</li> <li>■ Junge Pflegebedürftige (unter 70 Jahren) mehr einbeziehen (Wissenschaft, Interessenvertretungen)</li> <li>■ Minderheitengruppen (z. B. mit Migrationshintergrund) mehr einbeziehen (Interessenvertretungen)</li> <li>■ Ambulante Pflege sollte einbezogen werden: WGs, neue Wohnformen, Mehrgenerationenhäuser, häusliche Pflege, pflegende Angehörige (Pflegekassen, Wissenschaft, Interessenvertretungen Pflegebedürftiger)</li> <li>■ Gleichberechtigten Zugang zu Präventionsangeboten für alle pflegebedürftigen Menschen sicherstellen (Leistungserbringer)</li> <li>■ Ergänzend zur Förderung von Gruppenangeboten sollte die Möglichkeit bestehen, Einzelangebote zu fördern (z. B. bei Bettlägerigkeit, Autoaggressivität, fehlender Möglichkeit an Gruppenangeboten teilzunehmen (Leistungserbringer))</li> <li>■ Zielgruppen der Konzepte konkreter in Informationsmaterial beschreiben, z. B. auch die Eignung für stark pflegebedürftige Menschen (Leistungserbringer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Zielgruppe „pflegebedürftige Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben“ bei der Entwicklung, Erprobung und Implementation von Konzepten differenzierter betrachten und ihre Heterogenität stärker berücksichtigen; Entsprechende zielgruppenspezifische Konzeptentwicklungen fördern</li> <li>■ Übergangsweise die für einzelne Zielgruppen evaluierten und in die Praxis erfolgreich implementierten Konzepte an andere Zielgruppen anpassen (keine Übertragung von Konzepten ohne geprüft Vorgehen); Mitarbeiter:innen in Einrichtungen qualifizieren, wie bestehende (effektive) Konzepte an die Bedürfnisse anderer Zielgruppen angepasst werden können</li> <li>■ Den teilstationären Pflegebereich stärker einbinden</li> </ul>

### Ergebnisse zur Verknüpfung präventiver Angebote mit BGF

- Der positiven wechselseitigen Beeinflussung zwischen der Gesundheit der Pflegebedürftigen und der der Mitarbeiter:innen durch eine Verknüpfung von § 5 SGB XI und § 20b SGB V stimmen alle Akteure grundsätzlich zu.
- Konkret umgesetzt wird die Verknüpfung präventiver Leistungen mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bisher in jeder fünften befragten „aktiven“ Pflegeeinrichtung. Mögliche Gründe dafür, dass bislang nicht noch mehr Pflegeeinrichtungen die beiden Bereiche miteinander verknüpfen, können z. B. sein, dass mit einer solchen Verknüpfung für die Einrichtungen ein hoher Aufwand einhergeht. Insbesondere Unklarheiten und fehlende Informationen zur leistungsrechtlichen Abgrenzung bzw. Kombinationsmöglichkeiten zwischen Pflege- und Krankenversicherung scheinen Hürden für die praktische Umsetzung darzustellen.

### Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops

- Information und Aufklärung zu Möglichkeiten der Verknüpfung von BGF und präventiven Leistungen in der Praxis (Gute Praxis) (Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen)

### Empfehlungen des Evaluationsteams

- Weitere Investitionen in die Entwicklung von Konzepten, die gesundheitsfördernde Maßnahmen für Mitarbeiter:innen und Pflegebedürftige kombinieren
- Berücksichtigung von Verknüpfungsmöglichkeiten mit der BGF bei der o. g. Informations- und Aufklärungsstrategie sowie der o. g. digitalen Konzept-Plattform für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen

### Ergebnisse zum Einsatz digitaler Formate und Anwendungen

- Digitale Formate oder Anwendungen sind in mehr als der Hälfte der Pflegeeinrichtungen im Kontext präventiver Angebote vorgesehen. Der Einsatz dieser Formate konzentriert sich vorrangig auf Video- und Webkonferenzen, die Nutzung mobiler Endgeräte sowie Online-Schulungen und -Trainings.
- Während Video- und Webkonferenzen sowie die Nutzung mobiler Endgeräte sowohl für Pflegebedürftige als auch für Mitarbeiter:innen eingesetzt werden, richten sich Computerspiele, Apps und Social Media eher an Pflegebedürftige. Online-Schulungs- und -Trainingsprogramme sind fast ausschließlich für Mitarbeiter:innen vorgesehen.
- Insgesamt ist die digitale Infrastruktur in vielen Pflegeeinrichtungen noch nicht ausgelegt für die Umsetzung präventiver Leistungen, die mit digitalen Formaten arbeiten. Pflegeeinrichtungen könnten hierfür andere Fördermöglichkeiten prüfen (z. B. § 8 SGB XI, Abs. 8), was jedoch noch nicht ausreichend bekannt ist.
- Zum Teil besteht sowohl aufseiten der Pflegekassen als auch aufseiten der Pflegeeinrichtungen Unklarheit über die Möglichkeiten zur Finanzierung digitaler Lösungen (z. B. bei monatlichen Nutzungsgebühren). Auch eine grundsätzliche Definition von digitalen Angeboten wird teilweise vermisst.

### Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops

- Digitale Angebote für bestimmte Zielgruppen ausbauen (z. B. Pflegebedürftige mit starken Beeinträchtigungen) (Pflegekassen, Leistungserbringer, Dienstleister)
- Finanzierungsmöglichkeiten für digitale Angebote klarstellen (Pflegekassen)
- Aufklärung und Information zu ergänzenden Fördermöglichkeiten für den Ausbau digitaler Infrastruktur in den Pflegeeinrichtungen (z. B. § 8 SGB XI, Abs. 8) (Pflegekassen)

### Empfehlungen des Evaluationsteams

- Berücksichtigung digitaler Anwendungen und Formate bei der o. g. Informations- und Aufklärungsstrategie sowie der o. g. digitalen Konzept-Plattform für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen
- Einheitliche Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten für digitale Formate

Ergebnisse zu den Handlungsfeldern des Präventionsleitfadens	Einzelne Vorschläge aus den empirischen Erhebungen und Workshops	Empfehlungen des Evaluationsteams
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Generell kann auf Grundlage der Literatur eingeschätzt und bestätigt werden, dass sich die Förderung der körperlichen Gesundheit (Förderung der körperlichen Aktivität, Stärkung der kognitiven Ressourcen und einer gesunden Ernährung) sowie die Förderung der psychischen Gesundheit (Förderung psychosozialer Ressourcen) auch im hohen Alter und bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit lohnen und Effekte zeigen, wenngleich diese zumeist eher zum Erhalt als zur Verbesserung des gesundheitlichen Status pflegebedürftiger Menschen beitragen. Auch das Thema Prävention von Gewalt wurde in seiner Bedeutung bestätigt.</li> <li>■ Zu erkennen ist, dass seit der Entwicklung des Präventionsleitfadens in Deutschland vermehrt Projekte und Forschungsstudien zur Prävention und Gesundheitsförderung in der pflegerischen Versorgung initiiert wurden, sodass hier für einige der bereits bestehenden Handlungsfelder eine Basis geschaffen wurde, die eine differenziertere Perspektive ermöglicht. Für das Feld „Förderung der körperlichen Aktivität“ können daher mittlerweile konkretere Hinweise zur Dauer und Länge der Durchführung der Maßnahmen abgeleitet werden. Einige Felder, wie die Förderung einer gesunden Ernährung, sind hingegen kaum bearbeitet und weiterentwickelt worden.</li> <li>■ Ein Trend zeichnet sich zudem mittlerweile auch für Interventionen, die der Lebenswelt Pflegeheim zuzuordnen sind, ab: Entwickelte und als effektiv bestätigte Interventionen zielen nicht mehr nur auf die Durchführung einer Maßnahme, sondern kombinieren mehrere Maßnahmen miteinander. Damit entsprechen sie stärker der Lebenswirklichkeit bzw. dem Alltagsgeschehen in stationären Pflegeeinrichtungen. Zugleich erschwert diese Herangehensweise die Konzeption und Evaluation solcher Maßnahmen.</li> <li>■ Die Erreichbarkeit der Teilziele bezüglich körperlicher Aktivität, kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit beurteilen die Pflegekassen insgesamt als leichter. „Große“ Pflegekassen (gemessen an der Mitgliederzahl) sehen hier durchschnittlich weniger Probleme als „kleine“ Pflegekassen. Insgesamt bewerten kleinere Pflegekassen die Erreichbarkeit der Präventionsziele als weniger leicht, wohingegen größere Pflegekassen durchschnittlich eine leichtere Erreichbarkeit angeben. Die Teilziele zur Einrichtung von Steuerungsgremien, zur gesunden Ernährung und zur Prävention von Gewalt sind aus Sicht der Pflegekassen – unabhängig von deren Größe –</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fokus auf Kombination der Handlungsfelder legen, neben den typischen drei (körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit) insb. auch Bewegung und Ernährung verknüpfen (Wissenschaft, Leistungserbringer)</li> <li>■ Maßnahmen der körperlichen Aktivität wirken auf alle Bereiche (Interessensvertretungen)</li> <li>■ Wirksame Kombinationen aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen entwickeln (Wissenschaft)</li> <li>■ Kombinierte Maßnahmen sollten empfohlen werden, da sich die Handlungsfelder gegenseitig befruchten (Pflegekassen)</li> <li>■ Großer Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Interpretation der Handlungsfelder im Präventionsleitfaden muss konkretisiert werden: z. B. spezielle Angebote wie Massagen wurden angefragt (Missverständnis) (Pflegekassen)</li> <li>■ Thema Gewalt muss auf allen Ebenen enttabuisiert werden durch: Information, Sensibilisierung, Bedarfserhebung bei Mitarbeiter:innen (Wissenschaft)</li> <li>■ Gewalt: Aggressionspotenziale bergen insbesondere die Arbeitsbedingungen und die Geräuschkulisse demenziell Erkrankter (Wissenschaft)</li> <li>■ Gewalt: Erforderlich ist eine einheitliche Definition, Enttabuisierung, Untersuchung der Rahmenbedingungen (Leistungserbringer)</li> <li>■ Gewaltprävention sollte im Präventionsleitfaden stärker definiert werden, Präzisierung (Pflegekassen)</li> <li>■ Der erschwerte Zugang zu dem Thema Gewalt in Einrichtungen kann durch Sensibilisieren und Dokumentieren erreicht werden (Pflegekassen)</li> <li>■ Gesunde Ernährung wird zwar als wichtig angesehen, Maßnahmen in dem Bereich sind aber in der Regelversorgung schwer umzusetzen (Interessensvertretungen)</li> <li>■ Ernährung ist auf allen Ebenen wichtig, Leitungen müssen für die Folgen von Mangelernährung sensibilisiert werden (Pflegekassen)</li> <li>■ Bei Ernährung ist eine klare Abgrenzung zu § 13 SGB IX nötig (Leistungserbringer)</li> <li>■ Bei der vorliegenden Zielgruppe gibt es nur begrenzte Möglichkeiten für eine Ernährungsumstellung (Leistungserbringer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alle derzeitigen Handlungsfelder des Präventionsleitfadens beibehalten</li> <li>■ Die Handlungsfelder im Präventionsleitfaden regelmäßig überprüfen und bei Bedarf weiterentwickeln</li> <li>■ Kombinierte Maßnahmen stärker fokussieren, um durch die gleichzeitige Bearbeitung mehrerer Handlungsfelder Synergieeffekte bei der Wirkung für Pflegebedürftige zu erzielen</li> <li>■ Systematisierung der „Förderung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen“ im Präventionsleitfaden inkl. der Querschnittsthemen Prävention von Gewalt (betrifft körperliche und psychische Gesundheit), Förderung der sozialen Teilhabe (z. B. durch Partizipation) und Förderung der Gesundheitskompetenz</li> <li>■ Das Handlungsfeld gesunde Ernährung vor allem in Kombination mit den Handlungsfeldern körperliche Aktivität und psychosoziale Gesundheit adressieren; ggf. im Zuge einer gemeinsamen Bearbeitung mit dem Zukunftsthema klimagerechte Ernährung</li> </ul>

am schwierigsten zu erreichen. Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der Adressierung der Handlungsfelder laut der jährlichen GKV-Präventionsberichte und in der Online-Befragung „aktiver“ Pflegeeinrichtungen, auch hier werden präventive Angebote vorrangig in den Handlungsfeldern körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit umgesetzt.

- Auch unter den Zielbereichen, die die Pflegekassen in Zukunft intensivieren wollen, nehmen die gesunde Ernährung und Prävention von Gewalt eine untergeordnete Position ein.
  - Klimagerechte Ernährung wird in Zukunft voraussichtlich ein wichtiges Thema in den Pflegeeinrichtungen werden, das auch Auswirkungen auf das Thema gesunde Ernährung haben könnte (Leistungserbringer)
  - Zu diskutieren ist, ob das Handlungsfeld Ernährung zukünftig weiterhin in dieser Form aufgenommen werden sollte und welche Empfehlungen für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen notwendig sind. Eine Kombination mit dem Handlungsfeld körperliche Aktivität ist denkbar (Literatur und Wissenschaft)
-

---

## Literatur- und Quellenverzeichnis

---

Abraham, J., Kupfer, R., Behncke, A., Berger-Höger, B., Icks, A., Haastert, B. et al. (2019). Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IM-PRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 27–34.

Agarwal, E., Marshall, S., Miller, M. & Isenring, E. (2016). Optimising nutrition in residential aged care: A narrative review. *Maturitas*, 92, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.013>

Altgeld, T., Fleischmann, N., Vanheiden, T., Wolff, B. & Wendland, S. (2019). *Gesundheitsförderung für Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen*. (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hrsg.). Hannover.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. (Hrsg.). (2022). Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

Baker, P. R. A., Francis, D. P., Hairi, N. N., Othman, S. & Choo, W. Y. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD010321. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>

Baldus, A., Dresel, U., Huber, G., Kasper, J., Köppel, M., Kraaibeek, H.-K. et al. (2021). Modellvorhaben POLKA 2.0. Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation körperlicher Aktivität. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 37, S. 9–15. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1469-8470>

Baldus, A., Dresel, U., Huber, G., Kasper, J., Köppel, M. & Krupp, S. (2020). POLKA – ein Modellvorhaben zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 36(01), 27–35. <https://doi.org/10.1055/a-1084-9819>

Berger, P. (2018). *Wirkungen von professionellem, regelmäßigem und strukturiertem Märchenerzählen auf Patient/innen sowie Pflege- und Betreuungspersonal im Akutkrankenhaus*. Hamburg: Märchenland. Zugriff am 24.01.2022. Verfügbar unter: [https://maerchenunddemenz.de/wp-content/uploads/2020/04/Studienbericht\\_2016-2018.pdf](https://maerchenunddemenz.de/wp-content/uploads/2020/04/Studienbericht_2016-2018.pdf)

Bischoff, L. L. (2018). Modellprojekt „PROCARE – Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 34(04), 196–197. <https://doi.org/10.1055/a-0642-4202>

Bischoff, L. L., Cordes, T., Meixner, C., Schoene, D., Voelcker-Rehage, C. & Wollesen, B. (2021). Can cognitive-motor training improve physical functioning and psychosocial wellbeing in nursing home residents? A randomized controlled feasibility study as part of the PROCARE project. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(4), 943–956. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01615-y>.

Blättner, B. (2017, 29. Dezember). *Vorschläge zur Überarbeitung des „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“. auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes*. Unveröffentlichte Expertise. Fulda: Hochschule Fulda.

Blättner, B. (2021). Von den Betroffenen lernen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 24(5), 15. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: [https://www.gg-digital.de/imperia/md/gug/archiv/gg\\_spezial\\_0521.pdf](https://www.gg-digital.de/imperia/md/gug/archiv/gg_spezial_0521.pdf)

Blättner, B., Ponomarew, K., Kraemer, K., Griesel, S., Roß-Stabernack, S. & Krüger, K. (2018). Gesundheitsförderung in Pflegeheimen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(2), 146–150. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0623-0>

Blüher, S. & Kuhlmeier, A. (2019). Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Health promotion in nursing homes], 62(3), 261–266. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02879-0>.

Bootz, P. & Wacker, E. (2021). *Studienbericht Quali-PEP. PräGe – Prävention und Gesundheitsförderung in besonderen Wohnformen*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Brozek, J., Canelo-Aybar, C., Akl, E., Bowen, J., Bucher, J., Chiu, W. et al. (2021). *GRADE Guidelines 30: the GRADE approach to assessing the certainty of modeled evidence—An overview in the context of health decision-making*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 138–150.

Cordes, T., Bischoff, L. L., Schoene, D., Schott, N., Voelcker-Rehage, C., Meixner, C. et al. (2019). A multicomponent exercise intervention to improve physical functioning, cognition and psychosocial well-being in elderly nursing home residents: a study protocol of a randomized controlled trial in the PROCARE (prevention and occupational health in long-term care) project. *BMC Geriatrics*, 19(1), 369. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1386-6>

Dano, R. & Sander, M. (2021). Gewalt in der Pflege. Präventionsprojekt PEKo (Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen). *Die Schwester der Pfleger*, (8), 84–87.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2020). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019*. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf>

Deutsches Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2022). Zugriff am 29.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.dnqp.de>

Diegelmann, M., Jansen, C.-P., Wahl, H.-W., Schilling, O. K., Schnabel, E.-L. & Hauer, K. (2018). Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach. *Aging & Mental Health*, 22(6), 784–793. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1310804>.

Dorn, T. & Blättner, B. (2021). Gewalt unter Bewohnenden nicht übersehen. Häufigkeit von Gewaltbeobachtungen, Gewaltwiderfahrnissen und Gewalthandlungen in der stationären Altenpflege aus Sicht der Beschäftigten. *Pflegewissenschaften*, 23, 222–228.



Dräger, D., Budnick, A., Wenzel, A., Schneider, J., Abd Elhady Algharably, E. & Kreutz, R. (2020). *Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung* (GKV-Spitzenverband, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 03.03.2022. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_17.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_17.pdf)

Eggert, S., Schnapp, P. & Sulmann, D. (2017). *Gewalt in der stationären Langzeitversorgung*. Zentrum für Qualität in der Pflege.

Eggert, S. & Suhr, R. (2022). Gewalt ist ein bedeutsames Thema. *ZQP Diskurs – Das Magazin der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege*, 4–9. Zugriff am 03.03.2022. Verfügbar unter: [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Stiftungsmagazin\\_2022.pdf#page=7](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Stiftungsmagazin_2022.pdf#page=7)

EI-Nawab, S. (2021). Die Stressoren vermeiden. *Altenheim*, 60(6), 28–29.

Fleischmann, N., Vanheiden, T., Wendland, S. & Wolff, B. (2019). Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(4), 343–348. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00713-8>

Freytag, S., Dammermann, A., Schultes, K., Bieber, A., Fleischer, S., Sander, M. et al. (2021). Gewalt und Gewaltprävention in der stationären Altenpflege während der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, 34(5), 241–249. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000823>

Gallione, C., Dal Molin, A., Cristina, F. V. B., Ferns, H., Mattioli, M. & Suardi, B. (2017). Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2154–2176. <https://doi.org/10.1111/jocn.13721>

Gebhard, D. & Mir, E. (2021). What Moves People Living With Dementia? Exploring Barriers and Motivators for Physical Activity Perceived by People Living With Dementia in Care Homes. *Qualitative Health Research*, 31(7), 1319–1334. <https://doi.org/10.1177/10497323211002822>.

Gebhard, D. & Schmid, C. (2018). Was bewegt Menschen mit Demenz? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13, 165–169. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-017-0621-2>

Geisler, F. (2017). Eine gute Fehlerkultur trägt zur Gewaltprävention bei. *Care konkret*. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: [https://www.vincentz-wissen.de/zeitschriften/eine\\_gute\\_fehlerkultur\\_traegt\\_zur\\_gewaltpraevention\\_bei--CK\\_\\_8ea0a8ba1fbd3473bb791d9071184a86adcf097#](https://www.vincentz-wissen.de/zeitschriften/eine_gute_fehlerkultur_traegt_zur_gewaltpraevention_bei--CK__8ea0a8ba1fbd3473bb791d9071184a86adcf097#)

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2021). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der redaktionell überarbeiteten Fassung vom August 2020. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_selbsthilfe\\_\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/2021\\_Leitfaden\\_Praevention\\_komplett\\_P210177\\_barrierefrei3.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Praevention_komplett_P210177_barrierefrei3.pdf).

MDS/GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2021). PRÄVENTIONSBERICHT 2021. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2020. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention/praeventionsbericht/2021\\_GKV\\_MDS\\_Prventionsbericht\\_barrierefrei\\_final.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2021_GKV_MDS_Prventionsbericht_barrierefrei_final.pdf)

Goergen, T., Gerlach, A., Nowak, S., Reinelt-Ferber, A., Jadzewski, S. & Taefi, A. (2020). Danger in Safe Spaces? Resident-to-Resident Aggression in Institutional Care. In A. Phelan (Hrsg.), *Advances in Elder Abuse Research* (International Perspectives on Aging, Bd. 24, S. 181–192). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-25093-5\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-030-25093-5_13)

Goergen, T. & Sulmann, D. (2020). *Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/163370/a98c31c2fe2e42ffc6302b83db64ce2a/gewalt-und-aggression-in-der-stationaeren-altenhilfe-data.pdf>

Gräbel, E. (2017, 31. März). *DeTamaks. Nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*. Erlangen: Universitätsklinikum Erlangen. Zugriff am 07.10.2021. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/detamaks/DeTaMAKS\\_Abschlussbericht\\_final\\_3-2017.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/detamaks/DeTaMAKS_Abschlussbericht_final_3-2017.pdf)

Hartung S. & Rosenbrock R. (2015). Settingansatz – Lebensweltansatz. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Zugriff am 07.10.2021. Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>

Hernández Morante, J. J., Gómez Martínez, C. & Morillas-Ruiz, J. M. (2019). Dietary Factors Associated with Frailty in Old Adults: A Review of Nutritional Interventions to Prevent Frailty Development. *Nutrients*, 11(1). <https://doi.org/10.3390/nu11010102>

Horn, A., Kleina, T. & Schaeffer, D. (2019). Erfolgsfaktoren und Hemmnisse bei der Implementation des Lübecker Modell Bewegungswelten in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Success factors and obstacles in the implementation of the "Lübeck Worlds of Movement Model" in inpatient care facilities-results of a scientific evaluation], 62(3), 282–288. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02894-1>

Huber, G., Köppel, M. & Peters, S. (2021). Belastung und Beanspruchung in der stationären Altenpflege – Eine Analyse als Grundlage in der betrieblichen Gesundheitsförderung. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 37(60), 19–26. <https://doi.org/10.1055/a-1469-8481>

Huhn, S. (2018). Bauen Sie Schutz auf. *Altenheim*, 16–19. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: [www.carelit.de/intranet/detail.php?document\\_id=185092](http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=185092)

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Indikatoren-Datenbank QUINTH, Hrsg.). (2022), Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Verfügbar unter: <http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/index.php>

Jansen, E. & Horn, A. (i. E.). Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Psychosoziales Wohlbefinden. In L. Bisschoff, A.-K. Otto & B. Wollesen (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim - Praktische Umsetzung für Führungskräfte*. Berlin: Springer.

Karlsson, E. S., Grönstedt, H. K., Faxén-Irving, G., Franzén, E., Luiking, Y. C., Seiger, Å. et al. (2021). Response and Adherence of Nursing Home Residents to a Nutrition/Exercise Intervention. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1939–1945.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.04.001>

Kleina, T., Brause, M., Horn, A., Wingenfeld, K. & Schaeffer, D. (2012). Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe – Eine empirische Bestandsaufnahme. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, 12–147. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Kleschnitzki, J. (2020). *Abstract zur zweiten Evaluation zum Pilotprojekt „Prävention in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen durch therapeutischcomputerbasierte Trainingsprogramme (memo-reBox) nach § 5 SGB XI“*. BARMER Hauptverwaltung, RetroBrain R&D GmbH, Humboldt-Universität zu Berlin, Alice Salomon Hochschule Berlin, AG Alter und Technik Charité Universitätsmedizin Berlin.

Klie, T. & Heilbetz, C. (2021). Gesund und gewaltfrei. *Altenheim*, 60(6), 22–25.

Köppel, M. (2021). Bedarfe für körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen: Leistungsfähigkeit und Sensitivität. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 37(60), 44–49. <https://doi.org/10.1055/a-1490-7120>

Kraaibeek, H.-K. (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Ernährung im Setting Pflegeheim im Rahmen des Modellvorhabens POLKA. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 37(60), 72–74. <https://doi.org/10.1055/a-1490-7142>

Krupp, S., Kasper, J., Hermes, A., Balck, F., Ralf, C., Schmidt, T. et al. (2019). Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Ergebnisse der Effektevaluation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [The "Lübeck Worlds of Movement Model" – results of the effects evaluation], 62(3), 274–281. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02881-6>

Kruse, A., Becker, G., Remmers, H., Schmitt, E. & Wetzel, A. (2019). Selbstgestaltungs- und Präventionspotenziale hochaltriger Menschen in der stationären Langzeitversorgung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Self-design and prevention potential for older people in institutional long-term care], 62(3), 247–254. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02916-y>

Kruse, A., Thaiss, H. M. & Rohde, T. (2019). Das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [The potential of prevention and health promotion in the lifeworld care facility], 62(3), 235–237. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02911-3>.

Lam, I. T. Y., Keller, H. H., Pfisterer, K., Duizer, L., Stark, K. & Duncan, A. M. (2016). Micronutrient Food Fortification for Residential Care: A Scoping Review of Current Interventions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 588–595. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.010>

Langner, B. (2019). Demenzprävention – Die WHO empfiehlt. *Pflegezeitschrift*, (11). Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.springerpflege.de/personalmanagement/demenzpraevention-die-who-empfiehl/17245174>

Langner, B. (2021). Schmerzmanagement in der modellhaften Erprobung. *Pflegezeitschrift*, 74, 16–18. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.springerpflege.de/schmerzmanagement-in-der-modellhaften-erprobung/19770302>

Langner, H., Nordhausen, T., Fleischer, S., Meyer, G. & Berg, A. (2019). Stärkung kognitiver Ressourcen von Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Langzeitpflege: Systematische Übersicht zu Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [Improving cognitive resources of nursing home residents: a systematic review of prevention and health promotion interventions], 149, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.01.001>.

Lichtenauer, K. (2020). *LBV-Präventionsprojekt: Alle Vögel sind schon da – Vogelbeobachtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitstudie (1.)* (Landesbund für Vogelschutz in Bayern, Hrsg.). Hilpoltstein. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: [https://www.lbv.de/files/user\\_upload/Dokumente/Umweltbildung/Alle%20Voegel/Alle\\_Voegel\\_Leitfaden\\_A4\\_ES\\_final.pdf](https://www.lbv.de/files/user_upload/Dokumente/Umweltbildung/Alle%20Voegel/Alle_Voegel_Leitfaden_A4_ES_final.pdf)

Lindera. (2021). *Wissenschaftlicher Ansatz in Pflege*, Lindera GmbH. Zugriff am 26.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.lindera.de/wissenschaftlicher-ansatz/fuer-wissenschaftler/>

Mileski, M., Lee, K., Bourquard, C., Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K. et al. (2019). Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1797–1815. <https://doi.org/10.2147/CIA.S216678>

Moick, S., Simon, J. & Hiesmayr, M. (2020). Nutrition care quality indicators in hospitals and nursing homes: A systematic literature review and critical appraisal of current evidence. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 39(6), 1667–1680. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.07.025>

Murphy, J. L., Holmes, J. & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 17(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2>

Nebel, H. & Götz, V. (2021). Mehr Gewalt als erwartet? *Altenheim*, 60(6), 26–27.

Nienaber, A. (2019). Safewards Modell. Gewalt und Aggression verhindern. *Pflegezeitschrift*, (4), 27–29. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: [www.carelit.de/intranet/detail.php?document\\_id=188827](http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=188827)

Nordhausen, T., Abraham, J., Kupfer, R., Köpke, S., Meyer, G. & Möhler, R. (2019). Freiheitseinschränkung aus Sicht der Interessenvertretungen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern – eine qualitative Studie. *Pflege* [Physical restraints from the perspective of advocates of nursing home residents - a qualitative Study], 32(3), 147–156. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000664>

Nordhausen, T., Langner, H., Fleischer, S., Meyer, G. & Berg, A. (2019). Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Langzeitpflege: Systematische Übersicht zu Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [Improving psychosocial health of nursing home residents: a systematic review of interventions for prevention and health promotion], 147–148, 7–19. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.09.005>

Pinazo-Clapés, C., Pinazo-Hernandis, S. & Sales, A. (2020). Effects of an Educational Program for Professional Caregivers on Behavioral Alterations in Nursing Home Residents: Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph17238845>

Rabe, S., Azhand, A., Pommer, W., Müller, S. & Steinert, A. (2020). Descriptive Evaluation and Accuracy of a Mobile App to Assess Fall Risk in Seniors: Retrospective Case-Control Study. *JMIR Aging*, 3(1), e16131. <https://doi.org/10.2196/16131>

Ralf, C., Krupp, S. & Willkomm, M. (2019). Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Multidimensionale Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch ein bewegungsförderndes Programm. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [The "Lübeck Worlds of Movement Model" – multidimensional prevention in inpatient care institutions through a program promoting physical activity], 62(3), 267–273. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02888-z>

Richter, S., Glöckner, J. M. & Blättner, B. [B.]. (2018). Psychosoziale Interventionen in der stationären Pflege: Systematische Übersicht des Effekts universeller und selektiver Prävention auf die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Psychosocial interventions in inpatient care: Systematic review of the effectiveness of universal and selective prevention on mental health], 51(6), 666–674. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1231-5>.

Ridenour, M. L., Hendricks, S., Hartley, D. & Blando, J. D. (2017). Workplace Violence and Training Required by New Legislation Among NJ Nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(4), e35–e40. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000973>

Robert Koch Institut (2015). Gesundheit in Deutschland 2015. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.html)

Rothgang, H. & Müller, R. (2021). BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/resource/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf>

Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A. & Steinke, S. (2018). Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>

Schaeffer, D., Ewers, M., Horn, A., Büker, C., Gille, S., Wagner, F. et al. (2020). *Kurzinformation für Pflegefachpersonen* (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP), Hrsg.). Berlin. Zugriff am 03.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Gesundheitskompetenz-Broschuere.pdf>

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S. et al. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>

Schünemann, H. Brozek, J., Guyatt, G. & Oxman, A. (2013). *GRADE Handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*. Zugriff am 11.11.2021. Verfügbar unter: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>

Siegel, M., Mazheika, Y., Mennicken, R., Ritz-Timme, S., Graß, H. & Gahr, B. (2018). „Weil wir spüren, da müssen wir was tun“ – Barrieren in der Gewaltprävention sowie zentrale Handlungserfordernisse. *Gerontologie und Geriatrie*, H. 3, 329–334.

Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P. F., Maguire, B. J., FitzGerald, D. & Begg, S. J. (2020). Organizational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Hrsg.). (2022). Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp>

Stamm, O. & Heimann-Steinert, A. (2020). Accuracy of Monocular Two-Dimensional Pose Estimation Compared With a Reference Standard for Kinematic Multiview Analysis: Validation Study. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(12). <https://doi.org/10.2196/19608>

Steinert, A., Sattler, I., Otte, K., Röhling, H., Mansow-Model, S. & Müller-Werdan, U. (2019). Using New Camera-Based Technologies for Gait Analysis in Older Adults in Comparison to the Established GAITRite System. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/s20010125>

Straubmeier, M., Behrndt, E.-M., Seidl, H., Özbe, D., Luttenberger, K. & Graessel, E. (2017). Non-Pharmacological Treatment in People With Cognitive Impairment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(48), 815–821. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0815>

Tempelmann, A., Kolpatzik, K., Ehrenreich, H., Ströing, M. & Hans, C. (2019). Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Quality prevention and health promotion programming in long-term care: the QualiPEP Project], 62(3), 296–303. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02910-4>

Tempelmann, A., Ströing, M., Ehrenreich, H., Kolpatzik, K. & Hans, C. (2020). QualiPEP – Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 103–112). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_7)

Wagner, G. (2017). *Bayernweites Projekt „Sport und Bewegung trotz(t) Demenz“*. Sachbericht für den Zeitraum vom 01.05.2015 bis 31.12.2017. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern e. V. Selbsthilfe Demenz.

Weidner, F., Tucman, D. & Jacobs, P. (2017). *Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe* (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Hrsg.). Köln. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/>

Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P. T., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B. et al. (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>

Wöhl, C., Siebert, H. & Blättner, B. (2017). Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen: Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Interventions for promoting physical activity in nursing homes: Systematic review of the effectiveness of universal prevention], 50(6), 475–482. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1158-2>.

Wöhl, C., Siebert, H. & Blättner, B. [B.]. (2020). Wirksamkeit von Interventionen zur Stärkung kognitiver Ressourcen bei Bewohnenden in Pflegeheimen: Eine systematische Übersichtsarbeit und Netzwerkmetaanalyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Effectiveness of interventions to strengthen cognitive resources in nursing home residents: A systematic review and network meta-analysis], 53(8), 778–787. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01654-9>.

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M. & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

Yorozuya, K., Kubo, Y., Tomiyama, N., Yamane, S. & Hanaoka, H. (2019). A Systematic Review of Multimodal Non-Pharmacological Interventions for Cognitive Function in Older People with Dementia in Nursing Homes. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 48(1-2), 1–16. <https://doi.org/10.1159/000503445>

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). (2022). Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.zqp.de/analyse-hintergrund/#all>

---

## Anhang

---

Anlage A

Publikationen (Stand 01.06.2022) nach Publikationsarten (Tabelle)



## Anlage A: Publikationen (Stand 01.06.2022) nach Publikationsarten

### 1. Quantitative Studien

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema und Handlungsfeld	Adressat:innen	Ergebnisse	Evidenzgüte <sup>1</sup>	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
1-1	<p><b>Abraham, J., Kupfer, R., Behncke, A., et al. (2019).</b> Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 96, 27–34.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017</a></p>	RCT	<p>Kombinationstraining zur Verhinderung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (FEM) in Pflegeeinrichtungen</p> <p>Handlungsfeld: Prävention von Gewalt</p>	12245 Bewohner:innen von 120 Pflegeeinrichtungen, aufgeteilt in Interventions- und Kontrollgruppe	Nach Ablauf wurden zwar weniger FEM dokumentiert, dies ist aber nicht statistisch signifikant und von unklarer klinischer Relevanz.	hoch	Die Autor:innen fordern trotz fehlender Signifikanz in der Studie eine Förderung von Schulungen und staatliche Maßnahmen wie ein rechtliches Verbot zur Senkung von FEM.
1-2	<p><b>Bischoff, L. L. (2018).</b> Modellprojekt „PROCARE – Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“. <i>B&amp;G Bewegungstherapie und Gesundheitssport</i>, 34(04), 196–197.  <a href="https://doi.org/10.1055/a-0642-4202">https://doi.org/10.1055/a-0642-4202</a></p> <p><b>Bischoff, L. L., Cordes, T., Meixner, C., et al. (2021).</b> Can cognitive-motor training improve physical functioning and psychosocial wellbeing in nursing home residents? A randomized controlled feasibility study as part of the PROCARE project. <i>Aging Clinical and Experimental Research</i>, 33, 943–956,  <a href="https://doi.org/10.1007/s40520-020-01615-y">https://doi.org/10.1007/s40520-020-01615-y</a></p>	RCT (feasibility)	<p>Kombinationstraining aus Stärkung der körperlichen Funktionsfähigkeit und dem psychosozialen Wohlbefinden, partizipative Maßnahmenerstellung (Interviews)</p> <p>Handlungsfelder: Körperliche Aktivität, Förderung Psychosozialer Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	24 Pflegeheimbewohner:innen, aufgeteilt in Interventions- und Kontrollgruppe, Machbarkeitsstudie zur Wirksamkeit und Durchführbarkeit eines 16-wöchigen Kombinationstrainings in einem Pflegeheim (32 Sessions)	Anstieg von Zufriedenheit im Leben und körperlicher Performanz; Sample ist jedoch zu klein, daher weitere Forschung notwendig.	moderat <sup>2</sup>	Heterogenität der Gruppe im Blick haben, Gemeinschaft fördern, Selbstbestimmung und Individualität zulassen
1-3	<p><b>Cordes, T., Bischoff, L. L., Schoene, D., et al. (2019).</b> A multicomponent exercise intervention to improve physical functioning, cognition and psychosocial wellbeing in elderly nursing home residents: a study protocol of a randomized controlled trial in the PROCARE (prevention and occupational health in long-term care) project. <i>BMC Geriatrics</i>, 19(1), 369.  <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-019-1386-6">https://doi.org/10.1186/s12877-019-1386-6</a></p>	Single-blinded RCT	<p>Kombinationstraining aus Stärkung der körperlichen Funktionsfähigkeit und dem psychosozialen Wohlbefinden, partizipative Maßnahmenerstellung (Interviews)</p> <p>Handlungsfelder: Körperliche Aktivität, Förderung Psychosozialer Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	Ca. 1120 Bewohner:innen aus 48 Pflegeheimen in acht Regionen in Deutschland, 16-wöchiges Training	Studie wurde noch nicht durchgeführt.	Zu erwarten: moderat	

<sup>1</sup> Evidenzgüte nach dem GRADE-Ansatz durch eine Autorin: Schünemann, H et al. (eds) 2013: GRADE handbook. Online unter: <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html>

<sup>2</sup> Zurückstufung durch geringe Studienteilnehmer:innenzahl

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema und Handlungsfeld	Adressat:innen	Ergebnisse	Evidenzgüte <sup>1</sup>	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
1-4	<b>Diegelmann, M., Jansen, C.-P., Wahl, H.-W., et.al. (2018).</b> Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach. <i>Aging &amp; Mental Health</i> , 22(6), 784–793. <a href="https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1310804">https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1310804</a> .	Generalisierter linearer mixed-model-Ansatz	Intervention: Effekt von körperlichen Aktivitäten auf depressive Symptome  Handlungsfeld: Körperliche Aktivität	78 Bewohner:innen eines Pflegeheims, 12-wöchiges Trainingsprogramm mit Kontrollgruppe	Im Pretest sind depressive Symptome der Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar. Bei der Interventionsgruppe stabilisierten sich die Symptome, Zunahme bei Kontrollgruppe.	niedrig <sup>3</sup>	In Zukunft erhoffen sich die Autor:innen die Nutzung moderner datenanalytischer Methoden um die Wirkung von multikomponenten Interventionen zu erforschen, in denen sie ein großes Potential sehen.
1-5	<b>Dorn, T., Blättner, B. (2021).</b> Gewalt unter Bewohnenden nicht übersehen. Häufigkeit von Gewaltbeobachtungen, Gewaltwiderfahrnissen und Gewalthandlungen in der stationären Altenpflege aus Sicht der Beschäftigten. <i>Pflegewissenschaft, Hungen</i> , 23(4), 222-228. <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=224368">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=224368</a> .	Standardisierte schriftliche Befragung	Gewaltbeobachtungen, -widerfahrnisse und -handlungen  Handlungsfeld: Prävention von Gewalt	Beschäftigte in 12 stationären Altenpflegeeinrichtungen in Hessen und Nordrhein- Westfalen	95,1% der Befragten haben in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt zwischen Bewohnenden beobachtet. 94% gaben an, dass ihnen Gewalt von Bewohnenden und 63% von Besuchenden widerfahren ist. 87% beobachteten Gewalt von Kolleg:innen gegenüber Bewohnenden und 72% gaben an, selbst Gewalt gegenüber Bewohnenden ausgeübt zu haben.	niedrig	Laut den Befragten wären folgende Maßnahmen zur Gewaltprävention sinnvoll: Behebung von Personalmangel, positive Gestaltung des Arbeitsklimas, Einstellung von qualifizierten Führungskräften.
1-6	<b>Krupp, S., Kasper, J., Hermes, A., et.al. (2019).</b> Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Ergebnisse der Effektevaluation. <i>Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz</i> , 62, 274–281 <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02881-6">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02881-6</a>	RCT	Lübecker Modell Bewegungswelten: standardisiertes, multidimensionales Programm für pflegebedürftige Senior:innen zur Bewegungsförderung. Effekte im Verlauf eines Jahres: Steigerung der Mobilität, Koordination, Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer und Kognition  Handlungsfeld: Körperliche Aktivität	225 Bewohner:innen Pflegeheim in 16 Pflegeheim, unterteilt in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe	LMB entfaltet im Verlauf eines Jahres präventive Effekte auf alle Dimensionen. Diese verlaufen jedoch unterschiedlich stark und haben einen unterschiedlichen Zeitpunkt des Maximaleffektes.	moderat <sup>4</sup>	LMB ist sehr praxistauglich, geeignet für Langzeitanwendung, intensiviert soziale Kontakte

<sup>3</sup> Einordnung als Fallstudie, kausaler Effekt nicht bewiesen

<sup>4</sup> Zurückstufung, da Randomisierung über Wohnort erfolgte

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema und Handlungsfeld	Adressat:innen	Ergebnisse	Evidenzgüte <sup>1</sup>	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
1-7	<p><b>Rabe, S., Azhand, A., Pommer, W., et al. (2020).</b> Descriptive Evaluation and Accuracy of a Mobile App to Assess Fall Risk in Seniors: Retrospective Case-Control Study. <i>JMIR Aging</i>, 3(1), e16131. <a href="https://doi.org/10.2196/16131">https://doi.org/10.2196/16131</a></p> <p><b>Steinert, A., Sattler, I., Otte, K., et al. (2019).</b> Using New Camera-Based Technologies for Gait Analysis in Older Adults in Comparison to the Established GAITRite System. <i>Sensors (Basel, Switzerland)</i>, 20(1). <a href="https://doi.org/10.3390/s2001012">https://doi.org/10.3390/s2001012</a></p> <p><b>Stamm, O. &amp; Heimann-Steinert, A. (2020).</b> Accuracy of Monocular Two-Dimensional Pose Estimation Compared With a Reference Standard for Kinematic Multiview Analysis: Validation Study. <i>JMIR MHealth and UHealth</i>, 8(12). <a href="https://doi.org/10.2196/19608">https://doi.org/10.2196/19608</a></p> <p><b>Lindera. (2021).</b> <i>Wissenschaftlicher Ansatz in Pflege</i>, Lindera GmbH. Zugriff am 26.01.2022. Verfügbar unter: <a href="https://www.lindera.de/wissenschaftlicher-ansatz/fuer-wissenschaftler/">https://www.lindera.de/wissenschaftlicher-ansatz/fuer-wissenschaftler/</a></p>	4 Studienarme im Kontext von Lindera: Vergleich diagnostische Güte (Deskriptive, retrospektive Datenanalyse, multiple Lernmodelle), patient:innenzentrierter Nutzen, Verbesserung der Pflege und Betreuungspraxis, Benutzerfreundlichkeit und Akzeptanz	<p>Lindera: Mobilitätsanalyse durch eine Ganganalyse und einen multidisziplinären Fragebogen</p> <p>Handlungsfeld: Körperliche Aktivität</p>	Verschiedenste quantitative Studiendesigns: Messung der diagnostischen Güte der Gangparameter, Untersuchung von retrospektiven Mobilitätsdaten, Befragungen von Patient:innen und Pflegekräften.	Es zeigte sich eine signifikante Reduktion des Sturzrisikos in Höhe von 11,96%. 97% der befragten Patient:innen haben durch die App neue Erkenntnisse zu ihrer Sturzgefahr gewonnen. 72% hatten bereits mit der Umsetzung von Lindera empfohlenen Maßnahmen begonnen und 86% hatten dadurch Veränderungen erlebt. 80% der befragten Pflegekräfte hielten die regelmäßig Überprüfung des Sturzrisikos für (sehr) effektiv. 71% der befragten Pflegekräfte gaben an, die Pflegedokumentation habe sich durch die App vereinfacht.	hoch	Die Sturzrisiko-App hat das Potenzial, Pflegepersonal dabei zu unterstützen, eine valide Sturzrisikobewertung durchzuführen. Nutzung, Wirksamkeit und Akzeptanz sind gut bewertet worden und werden derzeit in Folgestudien untersucht
1-8	<p><b>Straubmeier, M., Behrnt, E.-M., Seidl, H., et al. (2017).</b> Non-Pharmacological Treatment in People With Cognitive Impairment. <i>Deutsches Arzteblatt International</i>, 114(48), 815–821. <a href="https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0815">https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0815</a></p> <p><b>Gräßel, E. (2017).</b> DeTamaks. Nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Erlangen. Zugriff am 07.10.2021. Verfügbar unter: <a href="https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/detamakDeTaMAKS_Abschlussbericht_final_3-2017.pdf">https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/detamakDeTaMAKS_Abschlussbericht_final_3-2017.pdf</a></p>	RCT	<p>MAKS: Kombinationstherapie (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial) DeTaMAKS: Aktivierungsmaßnahme nicht medikamentös für Menschen in einer Tagespflege</p> <p>Handlungsfelder: Körperliche Aktivität, Förderung Psychosozialer Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	362 Menschen mit kognitiven Einschränkungen aus 32 Tagespflegeeinrichtungen aus ganz Deutschland, 6 Monate dauernde Interventionsphase, täglich zwei Stunden Therapie	Stabilisierung der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten (MMSE-Wert und ETAM-Wert).	hoch	Kombinationstherapie leichte Umsetzbarkeit wird nachgewiesen durch vorhandenes Curriculum und Schulungsmaterialien.

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema und Handlungsfeld	Adressat:innen	Ergebnisse	Evidenzgüte <sup>1</sup>	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
1-9	<b>Weidner, F., Tucman, D. &amp; Jacobs, P. (2017).</b> <i>Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe</i> (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Hrsg.). Köln. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <a href="https://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/">https://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/</a>	Fragebogenstudie 22 items mit vorformulierten Antworten	Gewalterfahrungen in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen  Handlungsfeld: Prävention von Gewalt	402 Pflegefachkräfte und Schüler:innen der Pflegeberufe	30,8 % der Befragten erleben regelmäßig Gewalt in Pflegeeinrichtungen (bei Schüler:innen 46%). 4 von 5 Befragten gaben an, dass Gewalterfahrungen eher selten, selten oder nie aufgearbeitet und dokumentiert werden, nur 23% berichten von einem Deeskalationsmanagement in der Einrichtung.	niedrig	Mehr strukturelle Angebote zum Thema Früherkennung, Prävention und Aufarbeitung von Gewalt sind gewünscht.

## 2. Übersichtsarbeiten

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema	Adressat:innen	Ergebnisse	Verzerrungsrisiko <sup>5</sup>	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
2-1	<b>Köppel, M. (2021).</b> Bedarfe für körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen: Leistungsfähigkeit und Sensitivität. In: <i>Bewegungstherapie und Gesundheitssport</i> 37:44-49 <a href="https://doi.org/10.1055/a-1490-7120">https://doi.org/10.1055/a-1490-7120</a>	Selektive Übersichtarbeit aus 4 systematischen Übersichtsarbeiten	Wirksamkeit von Interventionen  Handlungsfeld: Körperliche Aktivität	Pflegeheimbewohnende	Körperliches Training ist für Pflegeheimbewohnende effektiv, besonders im Hinblick auf Kondition; durch Dekonditionierung in der Pflegeeinrichtung entsteht Bedarf an Aufbauinterventionen	gering	Für die Zukunft müssen die Pflegeheime dringend auf körperliches Training und Bewegungsförderungsmaßnahmen zurückgreifen, um Menschen in der letzten Lebensphase ein würdiges Dasein zu ermöglichen

<sup>5</sup> Die Beurteilung des Verzerrungsrisikos der systematischen Übersichtsarbeiten erfolgt mit dem Bewertungsinstrument ROBIS und unterscheidet die Kategorien gering/hoch/unklar: Whiting P, Savovic J, Higgins JP, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol* 2016;69:225-34.

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema	Adressat:innen	Ergebnisse	Verzerrungsrisiko <sup>5</sup>	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
2-2	<p><b>Langner, H., Nordhausen, T., Fleischer, S., et al. (2019).</b> Stärkung kognitiver Ressourcen von Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Langzeitpflege: Systematische Übersicht zu Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> [Improving cognitive resources of nursing home residents: a systematic review of prevention and health promotion interventions], 149, 1–11. <a href="https://doi.org/10.1016/i.zefg.2020.01.001">https://doi.org/10.1016/i.zefg.2020.01.001</a>.</p>	Systematische Übersicht aus Literatur, nur RTCs miteinbezogen	<p>Interventionen zur Stärkung der kognitiven Ressourcen</p> <p>Handlungsfeld: Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen	Die Qualität der Studien ist insgesamt gering. Die Inhalte sind sehr heterogen. Beste Hinweise für positive Effekte: kognitive Stimulation, Reminiszenz und körperliche Aktivierung.	gering	Hier genannte Maßnahmen sind eher als Ideen zu verstehen, weitere wissenschaftliche Studien stehen noch aus.
2-3	<p><b>Nordhausen, T., Langner, H., Fleischer, S., et al. (2019).</b> Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Langzeitpflege: Systematische Übersicht zu Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> [Improving psychosocial health of nursing home residents: a systematic review of interventions for prevention and health promotion], 147-148, 7-19. <a href="https://doi.org/10.1016/i.zefg.2019.09.005">https://doi.org/10.1016/i.zefg.2019.09.005</a></p>	Systematische Übersicht aus Literatur, RCTs, eine Studie aus Deutschland	<p>Interventionen und Interventionskomponenten zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit</p> <p>Handlungsfeld: Förderung Psychosozialer Gesundheit</p>	Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen	Studienqualität ist überwiegend niedrig, keine klare Aussage zur Wirksamkeit der Intervention. Es gibt 17 Kategorien der psychosozialen Intervention. Beste Hinweise für positive Effekte: Reminiszenz, Mahlzeitengestaltung, Musiktherapie und spezielle Personalschulung.	gering	Hier genannte Maßnahmen sind eher als Ideen zu verstehen, weitere wissenschaftliche Studien.
2-4	<p><b>Richter, S., Glöckner, J. M. &amp; Blättner, B. (2018).</b> Psychosoziale Interventionen in der stationären Pflege : Systematische Übersicht des Effekts universeller und selektiver Prävention auf die psychische Gesundheit. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> [Psychosocial interventions in inpatient care : Systematic review of the effectiveness of universal and selective prevention on mental health], 51(6), 666–674. <a href="https://doi.org/10.1007/s00391-017-1231-5">https://doi.org/10.1007/s00391-017-1231-5</a>.</p>	Systematische Übersicht, internationale Literaturrecherche und Handsuche, sieben Primärstudien	<p>Prävention und psychische Gesundheit, vor allem Depressionen in der stationären Pflege</p> <p>Handlungsfeld: Förderung Psychosozialer Gesundheit</p>	Hauptsächlich Pflegeheimbewohner:innen, außerdem Tagespflege und häusliche Pflege	Geringe Studienqualität und unklarer Publikationsbias erschwert Verfahren: geringe positive Effekte im Vergleich zu einer üblichen Versorgung oder alternativen Interventionsformen, Differenzierung in „dementiell verändert“ vs. „nicht kognitiv eingeschränkt“ ist nicht möglich. Keine Verbesserung der psychischen Gesundheit möglich, lediglich Stabilisierung.	gering	Gesellschaftliche Teilhabe könnte zur Steigerung des Wohlbefindens und zum verminderten Auftreten depressiver Symptome beitragen. Fokus auf Partizipation ist lohnend.

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema	Adressat:innen	Ergebnisse	Verzerrungsrisiko <sup>5</sup>	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
2-5	<p><b>Wöhl, C., Siebert, H. &amp; Blättner, B. (2017).</b> Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen : Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> [Interventions for promoting physical activity in nursing homes : Systematic review of the effectiveness of universal prevention], 50(6), 475–482. <a href="https://doi.org/10.1007/s00391-016-1158-2">https://doi.org/10.1007/s00391-016-1158-2</a>.</p>	Systematische Literaturrecherche, Selektion von cRCT, RCT und CCT (15 Studien)	<p>Interventionen (Aktivitäten des täglichen Lebens) zur Förderung der körperlichen Aktivität bei Pflegebedürftigen in der stationären Pflege</p> <p>Handlungsfeld: Körperliche Aktivität</p>	Stationäre Pflege, Gesamtzahl an Pflegebedürftigen unbekannt	<p>Es gibt Hinweise auf eine Überlegenheit präventiver Intervention zur Förderung von körperlicher Aktivität im Vergleich zur üblichen Versorgung. Kurzzeitinterventionen zeigen mehr Effekte. Schwer und moderat kognitiv eingeschränkte Menschen profitieren mehr von körperlichen Aktivitäten als Pflegebedürftige mit leichten Einschränkungen.</p>	gering	Für aussagekräftigere Ergebnisse braucht es Studien mit höherer Evidenzgüte.
2-6	<p><b>Wöhl, C., Siebert, H. &amp; Blättner, B. (2020).</b> Wirksamkeit von Interventionen zur Stärkung kognitiver Ressourcen bei Bewohnenden in Pflegeheimen : Eine systematische Übersichtsarbeit und Netzwerkmetaanalyse. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> [Effectiveness of interventions to strengthen cognitive resources in nursing home residents : A systematic review and network meta-analysis], 53(8), 778–787. <a href="https://doi.org/10.1007/s00391-019-01654-9">https://doi.org/10.1007/s00391-019-01654-9</a>.</p>	Netzwerkanalyse cRCT, RCT und CCT (29 Studien)	<p>Stärkung kognitiver Ressourcen, Kombination aus körperlicher und kognitiver Aktivität oder einzeln</p> <p>Handlungsfeld: Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	Pflegebedürftige mit und ohne dementielle Erkrankung in stationären Pflegeeinrichtungen, 1816 Teilnehmende aus vier Ländern: Bewohner:innen von stationären Pflegeeinrichtungen	<p>Für körperliche und kognitive Aktivitäten zeigte die Analyse im Vergleich zur üblichen Versorgung einen statistisch signifikanten, klinisch relevanten Effekt auf die kognitiven Ressourcen. Insgesamt liegt ein positiver Effekt für kombinierte Interventionen vor, die verschiedene Komponenten simultan trainieren. Weder körperliche noch kognitive Aktivität zeigten im Vergleich mit sozialen Aktivitäten statistisch signifikant bessere kognitive Ressourcen bei stationär Pflegebedürftigen.</p>	gering	Insgesamt sehr niedrige Evidenzgüte der Studien, es braucht dringend mehr Forschung
2-7	<p><b>Yorozuya, K., Kubo, Y., Tomiyama, et.al (2019).</b> A Systematic Review of Multimodal Non-Pharmacological Interventions for Cognitive Function in Older People with Dementia in Nursing Homes. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i>, 48(1-2), 1–16. <a href="https://doi.org/10.1159/000503445">https://doi.org/10.1159/000503445</a></p>	Systematisches Review (7 Studien, davon 6 RCTs)	<p>Multimodale Interventionen zur Stärkung kognitiver Ressourcen</p> <p>Handlungsfeld: Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	Pflegebedürftige mit Demenz in insgesamt 31 Pflegeeinrichtungen in vier Ländern	Multimodale Interventionen können die Leistungsfunktionen und das Erinnerungsvermögen von Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen verbessern.	gering	Die beste hier festgestellte Kombination besteht aus Bewegungsübungen, Kognitionstraining und Alltagsaktivitäten mit Interventionen mindestens drei Mal wöchentlich, acht Wochen lang und mindestens 30 Minuten pro Einheit.

### 3. Qualitative Studien

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema	Adressat:innen	Ergebnisse	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
3-1	<p><b>Blättner, B., Ponomarew, K., Kraemer, K., et.al. (2018).</b> Gesundheitsförderung in Pflegeheimen. Sichtweisen von Entscheidern. <i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>, 13:146-150.  <a href="https://doi.org/10.1007/s11553-017-0623-0">https://doi.org/10.1007/s11553-017-0623-0</a></p>	Qualitative Interviews	<p>Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklungsprozesse aus der Sichtweise von Heimleitungen und Pflegedienstleitungen</p> <p>Thema: BGM</p>	17 Heimleitungen und 4 Pflegedienstleitungen aus 20 Pflegeeinrichtungen	<p>Leitungskräfte machten den Sinn von Prävention und Gesundheitsförderung von den vorhandenen Ressourcen der Bewohnenden abhängig. Die (kognitiven und physischen) Defizite, die zur Pflegebedürftigkeit geführt haben, sind gleichzeitig die Hindernisse für Prävention und Gesundheitsförderung. Teilweise wird der Nutzen präventiver Angebote bezweifelt bzw. ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Die Teilhabe Pflegebedürftiger findet wenig statt, da diese von Entscheidern als nicht „fähig“ zu Entscheidungen befunden wurden. Mitsprache funktioniert nur über Dritte (Angehörige, Fürsprecher).</p>	<p>Die Zufriedenheit und Gesundheit der Beschäftigten muss in den Gesundheitsförderungsprozess miteinbezogen werden, um die Leitungen von der Wichtigkeit des Themas zu überzeugen.</p>
3-2	<p><b>Freytag, S., Dammermann, A., Schultes, K., et.al. (2021).</b> Gewalt und Gewaltprävention in der stationären Altenpflege während der COVID-19-Pandemie. <i>Pflege</i> (2021), 34 (5), 241–249  <a href="https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000823">https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000823</a></p>	68 telefonische leitfadengestützte Interviews in 43 Einrichtungen	<p>Entwicklung von Gewaltgeschehen in der stationären Altenpflege und Veränderungen der Strategien zur Prävention von Gewalt</p> <p>Handlungsfeld: Prävention von Gewalt</p>	25 Einrichtungs- und 15 Pflegedienstleitungen, 28 Wohnbereichsleitungen und 10 Pflegefachpersonen	<p>Die Coronamaßnahmen wurden als Freiheitsentzug wahrgenommen. Angehörige und Beschäftigte reagierten mit verbaler Gewalt, für die Leitungsebene war das Thema Gewalt wenig präsent. Keine Präventionsmaßnahmen wurden durchgeführt.</p>	<p>Es braucht einheitlichere Regelungen, die den Lebens- und Wohnbedingungen in der stationären Altenpflege besser entsprechen. Die Maßnahmen zum Infektionsschutz sollten auf ihr Potenzial zur Erhöhung des Gewaltvorkommens untersucht werden.</p>
3-3	<p><b>Gebhard, D., Mir, E. (2021).</b> What Moves People Living With Dementia? Exploring Barriers and Motivators for Physical Activity Perceived by People Living With Dementia in Care Homes. <i>Qualitative Health Research</i>, 31(7), 1319–1334.  <a href="https://doi.org/10.1177/10497323211002822">https://doi.org/10.1177/10497323211002822</a>.</p> <p><b>Gebhard, D., Schmid, C. (2018).</b> Was bewegt Menschen mit Demenz?. <i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>, Heidelberg, 2-2018, S. 165 bis 169. Online im Internet:  <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=183520">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=183520</a>. Abgerufen am 25.05.2021</p>	Partizipationsworkshop mit Evaluation	<p>Was sind die Barrieren und Motivatoren für physische Aktivitäten bei Menschen mit Demenz, die in Pflegeeinrichtungen leben?</p> <p>Handlungsfeld: Körperliche Aktivität</p>	10 Bewohner:innen: 5 mit moderater und 5 mit milder Demenz	<p>Es gibt wenig auf Interessen zugeschnittene Bewegungsaktivitäten. Individuell auf körperliche Leistungsfähigkeit, Bewegungsbiografie und Rituale zugeschnittene Aktivitäten bedeuten höhere Beteiligung.</p>	<p>Partizipierende Entscheidungsfindung über Maßnahme und individuelle Anpassung an Zielgruppe ist essenziell.</p>

	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema	Adressat:innen	Ergebnisse	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
3-4	<p><b>Goergen, T., Gerlach, A., Nowak, S., et.al. (2020).</b> Danger in Safe Spaces? Resident-to-Resident Aggression in Institutional Care. In A. Phelan (Hrsg.), <i>Advances in Elder Abuse Research</i> (International Perspectives on Aging, Bd. 24, S. 181–192). Cham: Springer International Publishing. <a href="https://doi.org/10.1007/978-3-030-25093-5_13">https://doi.org/10.1007/978-3-030-25093-5_13</a></p> <p><b>Goergen, T., Sulmann, D. (2020).</b> Gewalt und Aggression unter Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: <a href="https://www.bmfsfj.de/resource/blob/163370/a98c31c2fe2e42ffc6302b83db64ce2a/gewalt-und-aggression-in-der-stationaeren-altenhilfe-data.pdf">https://www.bmfsfj.de/resource/blob/163370/a98c31c2fe2e42ffc6302b83db64ce2a/gewalt-und-aggression-in-der-stationaeren-altenhilfe-data.pdf</a></p>	Mixed-Method-Ansatz: schriftliche Befragungen, qualitative Interviews und Expert:inneninterviews	<p>Gewalt zwischen Menschen mit Pflegebedarf</p> <p>Handlungsfeld: Prävention von Gewalt</p>	Schriftliche Befragung von 1326 Mitarbeitenden aus 73 Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, 56 Mitarbeitenden und 12 Bewohnenden in 4 Heimen in Nordrhein-Westfalen, 10 Expert:inneninterviews	90% der Mitarbeiter:innen haben seit Beginn ihrer Tätigkeit zumeist verbale Gewalt erlebt. Dabei geht es häufig um die Verletzung der Privatsphäre. Die größten Herausforderungen sind: viele Probleme auf engem Raum mit wenig Ressourcen, Personalmangel und die vielfach geringe Qualifikation der Beschäftigten.	Aus den Ergebnissen entwickelte das Projektteam Schulungsmaterial, welches unter <a href="http://www.pflege-gewalt.de">www.pflege-gewalt.de</a> frei zugänglich ist.
3-5	<p><b>Horn, A., Kleina, T., Schaeffer, D. (2019).</b> Erfolgsfaktoren und Hemmnisse bei der Implementation des Lübecker Modell Bewegungswelten in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i> [Success factors and obstacles in the implementation of the "Lübeck Worlds of Movement Model" in inpatient care facilities-results of a scientific evaluation], 62(3), 282–288. <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02894-1">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02894-1</a>.</p>	Interviewstudie mit 52 beteiligten Akteur:innen (Mitarbeitende der Einrichtungen, Übungsleitungen)	<p>Evaluation einer Gruppenintervention, 3 mal wöchentlich 60 min, alltagsnahe Übung, Programm zur Förderung der physischen und kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen</p> <p>Handlungsfelder: Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Förderung Psychosozialer Gesundheit</p>	Bewohnerschaft von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung und geriatrischen Patient:innen, die in ihrer Selbsthilfefähigkeit eingeschränkt sind, aber noch im häuslichen Umfeld leben	<p>Das Potential folgendermaßen eingeschätzt: spielerisch, macht Spaß, unterstützt das soziale Miteinander und Gruppengefühl.</p> <p>Für die Implementierung ist zentral: Der Zeitaufwand ist anfangs groß, es gibt Konkurrenz mit bestehenden Angeboten, Herausforderungen durch Personalmangel, die Integration in Organisationskultur ist schwierig.</p>	Gesundheitliche Lage der Zielgruppe miteinbeziehen, auch für Menschen mit gravierenden Einbußen zugänglich machen, mehr Partizipation der Zielgruppen gewünscht, Pflegekräfte stärker einbeziehen.
3-6	<p><b>Nordhausen, T., Abraham, J., Kupfer, R., et.al. (2019).</b> Freiheitseinschränkung aus Sicht der Interessenvertretungen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern - eine qualitative Studie. <i>Pflege</i> 32(3), 147-156. <a href="https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000664">https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000664</a></p>	Prozessevaluierung einer pragmatischen cluster-randomisierten Studie (IMPRINT), 4 Einzel- und 4 Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 22 Personen	<p>Beschreibung der Sichtweise von Interessenvertretungen der Heimbewohner:innen zur Anwendung und Reduktion von freiheitseinschränkenden Maßnahmen</p> <p>Handlungsfeld: Prävention von Gewalt</p>	Angehörige in der Rolle als Betreuer:innen oder Vorsorgebevollmächtigte, eine Berufsbetreuerin, 16 Heimbeiräte	Einsatz der Maßnahme zur Sturzprophylaxe und Kontrolle von herausforderndem Verhalten wird als notwendig angesehen, es herrscht eine unkritische Haltung und Informationsdefizite zu FEM (freiheitseinschränkenden Maßnahmen).	Empfehlung für Interventionen zur Reduktion von FEM zur Aufklärung der Interessensvertretungen von Pflegeheimbewohner:innen.



	Bibliografische Angaben	Studienart	Thema	Adressat:innen	Ergebnisse	Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
3-7	<p>Siegel, M., Graß, H., Ritz-Timme, S., et.al. (2018). „Weil wir spüren, da müssen wir was tun.“ Barrieren in der Gewaltprävention sowie zentrale Handlungserfordernisse. Gerontologie und Geriatrie, Darmstadt, 3-2018, S. 329 bis 334. Online im Internet:  <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=183078">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=183078</a></p>	Interviewstudie (n=20)	<p>Gewalt und Gewaltprävention: Welche Barrieren sind hinderlich für den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis?</p> <p>Handlungsfeld: Prävention von Gewalt</p>	20 professionelle Pflegefachkräfte und Führungskräfte aus dem Bereich Altenpflege aus 10 Einrichtungen im Raum Düsseldorf	Es gibt klare Unsicherheiten im Umgang mit Gewalt, keine gemeinsame Gewaltdefinition, keine konkreten Handlungsstrategien, kaum Dokumentation von Gewalt, keine praxisnahen Fortbildungen.	Es braucht einen gemeinsamen Gewaltbegriff, klare Standards und Fortbildungen für das Personal.

#### 4. Projektberichte und -beschreibungen

	Bibliografische Angaben	Thema	Inhalt	Ergebnisse/Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
4-1	<p>Altgeld, T., Fleischmann, N., Vanheiden, T., et.al. (2019). Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. online unter <a href="https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_niedersachsen/Projekte/WohlFuehlen/Broschuere_web.pdf">https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_niedersachsen/Projekte/WohlFuehlen/Broschuere_web.pdf</a></p> <p>Fleischmann, N., Vanheiden T., Wendland, S., et.al. (2019). Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. <i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>. 14, 343–348 <a href="https://doi.org/10.1007/s11553-019-00713-8">https://doi.org/10.1007/s11553-019-00713-8</a></p>	<p>Projektbeschreibung „Gesundheitsförderung für Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen“, multiple Projekte wurden nach Bedarfserfassung initiiert, implementiert und evaluiert</p> <p>Handlungsfelder: Körperliche Aktivität, Förderung Psychosozialer Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	<p>Gruppengespräche mit Mitarbeitenden und Angehörigen von Bewohner:innen zu der Frage, was in den Einrichtungen an gesundheitsfördernden Instrumenten fehlt, ergab folgende Projektideen: psychosoziale Gesundheit durch aktive und selbstständige Alltagsgestaltung: Einkaufsnachmittage, neue Aufenthaltsmöglichkeiten durch die Anlage eines Gartens, Mitmachbuch, Darf ich bitten? Tanztee, Unser Garten, Bewegte Einrichtung, Beauty Tag, Patenschaften für neue Bewohner, Rikscha Angebot.</p>	Nötig ist die Qualifizierung der Mitarbeitenden und die Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Partizipation ist an sich gesundheitsförderlich für alle Beteiligten. Das Handlungsfeld Prävention von Gewalt konnte empirisch nicht als Bedarf erhoben werden, weil es tabuisiert wird. Hier sind externe Anreize nötig.

	Bibliographische Angaben	Thema	Inhalt	Ergebnisse/Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
4-2	<p><b>Baldus, A., Dresel, U., Huber, G., et al. (2020).</b> POLKA – ein Modellvorhaben zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. <i>B&amp;G Bewegungstherapie und Gesundheitssport</i>, 36(01), 27–35. <a href="https://doi.org/10.1055/a-1084-9819">https://doi.org/10.1055/a-1084-9819</a></p> <p><b>Baldus, A., Dresel, U., Huber, G. &amp; et al. (2021).</b> Modellvorhaben POLKA 2.0. Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation körperlicher Aktivität. <i>Bewegungstherapie und Gesundheitssport</i>, 37, S. 9–15. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <a href="https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1469-8470">https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1469-8470</a></p> <p><b>Kraaibeek, H.-K. (2021).</b> Betriebliche Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Ernährung im Setting Pflegeheim im Rahmen des Modellvorhabens POLKA. <i>B&amp;G Bewegungstherapie und Gesundheitssport</i>, 37(60), 72–74. <a href="https://doi.org/10.1055/a-1490-7142">https://doi.org/10.1055/a-1490-7142</a></p>	<p>Projektbeschreibung „Polka“, beschränkt sich bei Pflegebedürftigen bisher auf das Handlungsfeld Bewegung, Implementierung und Evaluation erfolgen</p> <p>Handlungsfelder: Körperliche Aktivität, (Ernährung) Thema: BGM</p>	<p><u>Modellprojekt §20g SGB V</u></p> <p>Zunächst erfolgte eine Analyse in 14 Einrichtungen in Schleswig Holstein und Heidelberg in der 511 Mitarbeitende befragt wurden.</p> <p>Projektbeschreibung: Körperliche Aktivität (von Pflegefachkräften, Pflegebedürftigen, Angehörigen und der Kommune) soll erhöht werden, Ernährung als zusätzlicher Teilbereich. Übergeordnetes Ziel: „Pflegeeinrichtung als kommunales Gesundheitskompetenzzentrum“.</p> <p>Ausgebildete Lotsinnen und Lotsen sollen als Expert:innen dazu beitragen, dass in den Einrichtungen, auf dem Arbeitsweg und in der Freizeit Maßnahmen umgesetzt werden.</p>	<p>Viele Teilnehmer:innen der Analyse des Status Quo haben einen hohen Bedarf daran, ihre internen Ressourcen wieder aufzubauen und langfristig zu erhalten. Sowohl die psychische als auch die körperliche Belastung während der Arbeit ist hoch und erfordert einen entsprechenden Ausgleich.</p> <p>Bewegung ist ein zentraler Aspekt von präventiven und gesundheitsförderlichen Bestrebungen, sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Pflegebedürftigen.</p> <p>Bewegung und Ernährung sollen gemeinsam gedacht werden.</p>
4-3	<p><b>Berger, P. (2018).</b> Wirkungen von professionellem, regelmäßigem und strukturiertem Märchenerzählen auf Patient/innen sowie Pflege- und Betreuungspersonal im Akutkrankenhaus. Hamburg: Märchenland. Zugriff am 24.01.2022. Verfügbar unter: <a href="https://maerchenunddemenz.de/wp-content/uploads/2020/04/Studienbericht_2016-2018.pdf">https://maerchenunddemenz.de/wp-content/uploads/2020/04/Studienbericht_2016-2018.pdf</a></p> <p><b>Kollak, I. (2020).</b> Bericht über die Evaluation der Gesundheitsförderung- und Präventionsmaßnahme in bayrischen Senioreneinrichtungen. Es war einmal ... Märchen und Demenz - Multimedia 2020 (Märchenland – Deutsches Zentrum für Märchenkultur gGmbH, Hrsg.). Berlin: Märchenland. Zugriff am 24.01.2022. Verfügbar unter: <a href="https://maerchenunddemenz.de/wp-content/uploads/2021/06/MuD_Doku20_BAYERN.pdf">https://maerchenunddemenz.de/wp-content/uploads/2021/06/MuD_Doku20_BAYERN.pdf</a></p>	<p>Projektbeschreibung Märchenland auf einer geriatrischen Station</p> <p>Handlungsfeld: Förderung Psychosozialer Gesundheit</p>	<p>Das Deutsche Zentrum für Märchenkultur führte Märchenerzählungen für Menschen mit Demenz in der geriatrischen Abteilung eines Akutkrankenhauses durch. Ziel: Märchenerzählen als wirksame Präventivmaßnahme, Evaluierung der Wirkung auf Patient:innen und auf Pflegekräfte.</p>	<p>Erschwerte Bedingungen im Akutkrankenhaus, jedoch wurde eine verbesserte Stimmung wahrgenommen. Eine Langzeitstudie und eine Vergleichsstudie sind angedacht.</p>

	Bibliographische Angaben	Thema	Inhalt	Ergebnisse/Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
4-4	<p><b>Dano, R., Sander, M. (2021).</b> Gewalt in der Pflege, Präventionsprojekt PEKo (Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen). <i>Die Schwester der Pfleger</i>, 8, 84-87  <a href="https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Aktuell/Fachartikel-Gewalt-in-der-Pflege.pdf">https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Aktuell/Fachartikel-Gewalt-in-der-Pflege.pdf</a></p>	<p>Projektbeschreibung PEKo, Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen</p> <p>Handlungsfeld: Prävention von Gewalt</p>	<p>Große Partizipation von pflegenahem Personal an Intervention.  Ziel: Sensibilisierung, Vorbeugung und Enttabuisierung von Gewalt in der Pflege.  Verstetigung durch Aufbau Seminare und ein Handbuch.</p>	<p>Frühe Sensibilisierung, Verankerung des Themas Prävention von Gewalt in der Pflege in der pädagogischen Ausbildung, regelmäßige Supervisionen, Fort- und Weiterbildungen.</p>
4-5	<p><b>Kleschnitzki, J. (2020).</b> <i>Abstract zur zweiten Evaluation zum Pilotprojekt „Prävention in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen durch therapeutisch-computerbasierte Trainingsprogramme (memoreBox) nach § 5 SGB XI“.</i> BARMER Hauptverwaltung, RetroBrain R&amp;D GmbH, Humboldt-Universität zu Berlin, Alice Salomon Hochschule Berlin, AG Alter und Technik Charité Universitätsmedizin Berlin.  <a href="https://www.retrobrain.de/wp-content/uploads/2021/04/Abstract-Evaluation-Bundesrollout-Prävention-in-teil-stationären-Pflegeeinrichtungen-BARMER-RetroBrain-2018-2020.pdf">https://www.retrobrain.de/wp-content/uploads/2021/04/Abstract-Evaluation-Bundesrollout-Prävention-in-teil-stationären-Pflegeeinrichtungen-BARMER-RetroBrain-2018-2020.pdf</a></p>	<p>Projektbeschreibung und einjährige Evaluation zum Pilotprojekt Usability memoreBox</p> <p>Handlungsfelder:  Körperliche Aktivität,  Förderung Psychosozialer Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	<p>Bericht über ein dreiteiliges Projekt, in dem der Einsatz der memoreBox in 101 (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen über 12 Monate mit 906 teilnehmenden Pflegeheimbewohner:innen beschrieben wird.</p>	<p>Eine Bedarfsanalyse für die Verwendung muss erfolgen. Auf die korrekte Ausführung der Übungen ist zu achten. Die memoreBox funktioniert nur mit Internetanschluss. Auf organisatorischer Ebene sollen alle Beteiligten miteinbezogen werden und umfangreich miteinander kommunizieren. Nötig sind zudem eine kontinuierliche Erhebung der Spieleaktivität der Nutzer:innen und zielgruppenspezifische Schulungen für das Personal.</p>
4-6	<p><b>Klie, T., Heilbetz, C., (2021)</b> <i>Gesund und gewaltfrei. Altenheim</i>, 60(6), 22–25.</p> <p><b>Nebel, H., Götz, V., (2021)</b> <i>Mehr Gewalt als erwartet? Altenheim</i>, 60(6), 26-27.</p> <p><b>EI-Nawab, Susanne (2021)</b> <i>Die Stressoren vermeiden. Altenheim</i>, 60(6), 28–29.</p>	<p>Projektbeschreibung zu „Pflege in Bayern – Gesund und gewaltfrei“</p> <p>Handlungsfeld: Prävention von Gewalt</p>	<p>Dreijähriges Projekt in 40 Einrichtungen in Bayern zur Sensibilisierung und Deeskalation von Gewalt und entwürdigendem Verhalten</p>	<p>Noch keine, Projekt läuft erst seit 2021</p>
4-7	<p><b>Kruse, A., Becker, G., Remmers, H., et.al. (2019).</b> Selbstgestaltungs- und Präventionspotenziale hochaltriger Menschen in der stationären Langzeitversorgung. <i>Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz</i>, 62, 247–254  <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02916-y">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02916-y</a></p>	<p>Fachartikel, Projektbeschreibung „Orbit“: rehabilitative Intervention in 13 Pflegeheimen und 39 therapeutischen Einrichtungen mit 59 Hausärzt:innen</p> <p>Thema: Prävention &amp; Gesundheitsförderung</p>	<p>Welche Potentiale gibt es in der Langzeitversorgung von Hochaltrigen? Zusammenfassung von Studien, die Handlungsfelder betreffen. Selbstgestaltung ist der zentrale Faktor der Prävention, Studienbeschreibung. ORBIT: rehabilitative Pflege</p>	<p>Integration von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen ist zentrale Versorgungsaufgabe, Bedürfnis nach Selbstgestaltung muss geachtet werden.</p>

	Bibliographische Angaben	Thema	Inhalt	Ergebnisse/Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
4-8	<p><b>Lichtenauer, K. (2020).</b> <i>LBV-Präventionsprojekt: Alle Vögel sind schon da – Vogelbeobachtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitstudie.</i> 1. Landesbund für Vogelschutz in Bayern, Hrsg. Hilpoltstein. Zugriff am 02.03.2022. Verfügbar unter: <a href="https://www.lbv.de/files/user_upload/Dokumente/Umweltbildung/Alle%20Voegel/Alle_Voegel_Leitfaden_A4_ES_final.pdf">https://www.lbv.de/files/user_upload/Dokumente/Umweltbildung/Alle%20Voegel/Alle_Voegel_Leitfaden_A4_ES_final.pdf</a></p>	<p>Projektbeschreibung und Evaluierung des LBV (Landesverband für Vogelschutz e.V.) Projektes zur Vogelbeobachtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen</p> <p>Handlungsfelder: Körperliche Aktivität, Förderung Psychosozialer Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen</p>	<p>3-Jahres-Projekt soll einen Beitrag leisten, das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Bewohner:innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch das Angebot von Vogelbeobachtungen zu steigern. Methodisch wurden die Teilnehmenden in Experimentalhäuser und Kontrollhäuser unterteilt (N= 1800).</p>	<p>Durch die ländliche Lage der Einrichtungen hatten die Teilnehmenden bereits einen intensiven Bezug zu Vögeln und eine emotionale Naturverbundenheit. Die Maßnahme wurde als niedrigschwellig mit einem geringen Mehraufwand für die Pflege und einer geringen Verletzungsgefahr für die Bewohnenden eingestuft.</p>
4-9	<p><b>Ralf, C., Krupp, S., Willkomm, M. (2019).</b> Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Multidimensionale Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch ein bewegungsförderndes Programm. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i> [The „Lübeck Worlds of Movement Model“-multidimensional prevention in inpatient care institutions through a program promoting physical activity], 62(3), 267–273. <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02888-z">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02888-z</a></p>	<p>Projektbeschreibung Lübecker Bewegungswelten, deutschlandweites Projekt mit derzeit 120 Gruppen</p> <p>Handlungsfeld: Körperliche Aktivität</p>	<p>LMB ist ein körperlich, kognitiv und sozial aktivierendes Präventionsprogramm für ältere, pflegebedürftige Menschen, seit 2015 eingesetzt. Berücksichtigt Multimorbidität, mehrdimensionaler Interventionsansatz.</p>	<p>LMB sollte einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, es braucht mehr Übungen zur speziellen Förderung körperlich schwerer betroffener älterer Menschen. Zudem ist die Schaffung eines Zugangs für Menschen, die außerhalb der stationären Pflege wohnen, wünschenswert.</p>
4-10	<p><b>Tempelmann, A., Kolpatzik, K., Ehrenreich, H., et.al. (2019).</b> Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i> [Quality prevention and health promotion programming in long-term care: the QualiPEP Project], 62(3), 296–303. <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02910-4">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02910-4</a></p> <p><b>Tempelmann, A., Ströing, M., Ehrenreich, H., et.al. (2020).</b> QualiPEP – Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege.</p> <p>In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber &amp; A. Schwinger (Hrsg.), <i>Pflege-Report 2019</i> (S. 103–112). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <a href="https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_7">https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_7</a></p>	<p>Projektbeschreibung QualiPEP „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“</p> <p>Thema: BGM</p>	<p>Drei Ziele wurden verfolgt: 1. Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzeptes zur Verbesserung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung; 2. Stärkung der Gesundheitskompetenz auf den Ebenen der Bewohnerschaft, der Beschäftigten und der Organisationen; 3. Qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Einrichtungen, Verhältnis- und Verhaltensprävention.</p> <p>Ergebnis: Als Qualitätsinstrumente wurden Handbücher und sechs Checklisten entworfen, davon drei für stationäre Pflegeeinrichtungen: Prävention und Gesundheitsförderung, betriebliche Gesundheitsförderung und ein Selbstbewertungsbogen zur Förderung der Gesundheitskompetenz.</p>	<p>Empfehlenswert ist der Ausbau von Verhältnisprävention, zudem die Schaffung von Instrumenten, um die Bedarfe besser bestimmen zu können und eine qualitativ hochwertige Umsetzung gewährleisten zu können.</p> <p>Damit einhergehend braucht es eine individuelle bedarfsgerechte Versorgung der Bewohnerschaft, sowie Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigten. Zudem sollte eine Aufdeckung von Potentialen der beiden Zielgruppen zur Entwicklung theoriegestützter und praxisnaher Maßnahmen erfolgen.</p> <p>Weiterhin wird die Nutzung der entwickelten Handbücher und Checklisten empfohlen.</p>

	Bibliographische Angaben	Thema	Inhalt	Ergebnisse/Empfehlung der Autor:innen für weitere Verwendung
4-11	<b>Wagner, G. 2017:</b> Bayernweites Projekt „Sport und Bewegung trotz(t) Demenz“. Sachbericht für den Zeitraum vom 01.05.2015 bis 31.12.2017. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern e.V. Selbsthilfe Demenz.	Projektbeschreibung Sport und Bewegung trotz(t) Demenz  Handlungsfeld: Körperliche Aktivität	Verschiedene Projektabschnitte: Initiierung und Entstehung von 8 regionalen Bewegungsangeboten für die Zielgruppe, Planung und Durchführung sowie Ausbau, anschließend Initiierung eines bayernweiten Netzwerkes. Hauptziel: Gewinnung und Qualifikation von Kursleitungen für Seminare vom Netzwerk.	Viele Angebote sind aus dem Projekt entstanden, Inklusion und Prävention werden miteinander verbunden. Erste institutionelle Verknüpfung der Themen Demenz und Sport

## 5. Hintergrundartikel/Editorials

	Bibliographische Angaben	Thema	Inhalt
5-1	<b>Blüher, S., Kuhlmeier, A. (2019).</b> Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i> [Health promotion in nursing homes], 62(3), 261–266. <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02879-0">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02879-0</a> .	Veränderungen der Strategien der Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung  Thema: Prävention & Gesundheitsförderung	Sowohl der spätere Heimeintritt als auch kürzere Verweildauern sind Indikatoren für eine veränderte Klientel in der stationären pflegerischen Versorgung, die durch sehr hohes Alter, chronische Erkrankungen, erhebliche Funktionseinschränkungen, häufig auch kognitive Beeinträchtigungen und multimorbide Zustände gekennzeichnet ist. Die Abgrenzung von Prävention (Begrenzung von krankschädigendem Risiko) und Gesundheitsförderung (Salutogenese). Versorgungsprozesse verkomplizieren sich, Pflegepersonal ist zunehmend belastet und es gibt wenig Raum für Gesundheitsförderung. Die Förderung eines eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens im Zusammenhang mit alltagsbezogenen Tätigkeiten erscheint in hohem Maße integrierbar und anschlussfähig an die Lebenswelt Pflegeheim. Als positives Beispiel gilt komplementärmedizinische Gesundheitsförderung.
5-2	<b>Kruse, A., Thaiss, H. M., Rohde, T. (2019).</b> Das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i> [The potential of prevention and health promotion in the lifeworld care facility], 62(3), 235–237. <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02911-3">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02911-3</a> .	Zusammenfassung der anschließenden Beiträge des Sammelbandes  Thema: Prävention & Gesundheitsförderung	Wichtigkeit von Förder- und Interventionskonzepten zur Erhaltung und Verbesserung der körperlichen, alltagspraktischen und kognitiven Leistungsfähigkeit, sozialkommunikativen Kompetenz und emotionale Befindlichkeit, Partizipation der Pflegebedürftigen ist besonders wichtig.

## 6. Journalistische/populistische Artikel

	Bibliografische Angaben	Studienverweis/-bezug	Thema	Inhalt	Empfehlung für weitere Verwendung
6-1	<b>Geisler, F. (2017).</b> Eine gute Fehlerkultur trägt zur Gewaltprävention bei. <i>Care konkret</i> . Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=177190">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=177190</a>	(Eggert et.al., 2017) <sup>6</sup> Gewalt in der stationären Langzeitpflege	Ermittlung der Einschätzung von Gewalt in der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte  Handlungsfeld: Prävention von Gewalt	47% der Pflegekräfte sehen Gewalt in der Pflege als eine besondere Herausforderung an. Hauptprobleme sind ein nicht vorhandenes Fehlermanagement und die mangelnde Prävention von Gewalt.	Gewaltprävention muss verstärkt in den Fokus der Politik gerückt werden. Gewalt in der Pflege als besondere Herausforderung
6-2	<b>Greb-Kolstedt, B. (2019).</b> Prävention gemeinsam leben. <i>Altenpflege Aktivieren</i> , 12–15. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=188693">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=188693</a>	Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahre 2018	Vorstellung des GKV-Präventionsleitfadens von 2018 – mögliche Konzepte der Förderung in stationärer Langzeitversorgung  Thema: Prävention & Gesundheitsförderung	GKV-Präventionsleitfaden als Chance sowohl zur Förderung der Gesundheit der Bewohner:innen, als auch der Gesundheit der Mitarbeiter:innen: Hierzu Vorstellung des Konzeptes der Lebensräume innerhalb stationärer Langzeitversorgung und der daraus resultierenden Möglichkeiten	Die Autor:innen empfehlen die Förderung des Konzeptes zur Unterstützung der Mitarbeitenden im „Lebensraum Arbeitsplatz“ und der Pflegebedürftigen, sowie deren Angehörigen im „Lebensraum Wohnen“ als Möglichkeit zur Entlastung aller Beteiligten.
6-3	<b>Huhn, S. (2018).</b> Bauen Sie Schutz auf. <i>Altenheim</i> , 16–19. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=185092">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=185092</a>	<b>(Weidner et. al., 2017 1-9)</b> Studienbericht: Gewalt in der Pflege	Erlebte Gewalt in Pflegeheimen aus Sicht der Pflegekräfte, Darstellung von Ursachen von Gewalt  Handlungsfeld: Prävention von Gewalt	Pflegeheim als Schattenpsychiatrie: 63% der Pflegekräfte sind mit Gewalt durch Bewohner:innen konfrontiert worden.	Durch fehlende finanzielle Mittel ist eine notwendige intensivere Betreuung durch mehr (qualifizierteres) Personal nicht möglich.
6-4	<b>Kolpatzik, K., Schaeffer, D., Vogt, D. (2018).</b> Förderung der Gesundheitskompetenz eine Aufgabe der Pflege. <i>Gesundheit und Gesellschaft</i> , (2), 7–14. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=183184">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=183184</a>	<a href="https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/">https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/</a> (Schaeffer et. al., 2018) <sup>7</sup> Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken.	Steigerung der Bedeutung von Gesundheitskompetenz für die Pflege (sowohl Fachkräfte als auch zu Pflegenden, sowie allgemeine Bevölkerung)  Thema: Prävention & Gesundheitsförderung	Die Autor:innen plädieren für einen Fokus auf die Förderung von Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten, die Nutzbarmachung des Gesundheitssystems, gesundheitskompetent mit chronischen Erkrankungen leben und eine systematische Erforschung der Gesundheitskompetenz.	Förderung der Gesundheitskompetenz ist Aufgabe der Pflege. Die Pflege in Deutschland muss den Internationalen Vorbildern folgen und den Fokus stärker auf die Förderung der Gesundheitskompetenz legen. Dazu ist die Förderung der <i>Health Literacy</i> von Angehörigen zur besseren „Selbst- und Fremdmanagement“ wichtig.

<sup>6</sup> Eggert, S., Schnapp, P., Sulmann, D., (2017). Gewalt in der stationären Langzeitpflege. *Zentrum für Qualität in der Pflege*

<sup>7</sup> Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (2020). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: *KomPart* 2018.

	Bibliografische Angaben	Studienverweis/-bezug	Thema	Inhalt	Empfehlung für weitere Verwendung
6-5	<b>Nienaber, A. (2019).</b> Safewards Modell: Gewalt und Aggression verhindern. <i>Pflegezeitschrift</i> , (4), 27–29. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=188827">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=188827</a>	(Prof. Dr. Len Bowers, 2019) <sup>8</sup> Safewards Modell	Das Safewards-Modell als eine Möglichkeit zur Prävention von Konfliktsituationen  Handlungsfeld: Prävention von Gewalt	Das Modell ist ursprünglich für psychiatrische Versorgung entwickelt worden, Es ist möglich, das Modell in der Pflege anzuwenden	Übertragung der Ansätze des Safewards-Modells auf die Bereiche der Gesundheitsversorgung bietet einen neuen Ansatz und eine Chance, für einen evidenzbasierten Ansatz, um Gewalt gegen Pflegekräfte als auch Patient:innen und Bewohner:innen zu reduzieren.
6-6	<b>Pernack, U., Matthies, S. (2018).</b> Prävention in der stationären Pflege. <i>Pro Alter</i> , (4), 17–19. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=186834">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=186834</a>	Leitfaden – Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB IX	Darstellung der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege  Thema: Prävention & Gesundheitsförderung	Die Umsetzung des Leitfadens zur Prävention ist sinnvoll	Medienwirksamer Aufruf zur Inanspruchnahme der Förderung der Pflegekassen
6-7	<b>Pischke, C., Strube, H., Ralle-Sander, G. (2017).</b> Für Prävention ist es nie zu spät. <i>Altenheim</i> , (9), 50–53. Zugriff am 25.05.2021. Verfügbar unter: <a href="http://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=178268">www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=178268</a>	(Horn et.al., 2013) <sup>9</sup>  „Fit für 100“ (FF100) aus dem Jahre 2009 (Bielefeld) ( <a href="https://www.ff100.de/fit-fuer-100/grundlegende-infos">https://www.ff100.de/fit-fuer-100/grundlegende-infos</a> )	Mobilitätsförderung rückt in den Fokus der Prävention und Gesundheitsförderung; Qualitätssicherung durch Evaluation ist nötig  Handlungsfeld: Körperliche Aktivität	Es gibt gute Ansätze für weitere Untersuchungen. Pflege ist in der Funktion des Gate-Keeper. Die Mobilitätsförderung ist nachweislich als Förderung der vorhandenen Ressourcen in geistigen und körperlichen Bereichen nützlich. Die Prävention führt jedoch insgesamt ein Schattendasein in den Heimen.	Verbesserung der Lebensqualität als Ziel (Einrichtungen werden bei Herabstufung der Pflegegrade durch Förderungsmaßnahmen finanziell unterstützt). Prävention und Rehabilitation muss für die Pflegekräfte durchführbar sein. Aktuell kann die Pflege diesen zentralen Aufgaben nicht nachkommen
6-8	<b>Stöller, J., Gollner, E. (2017).</b> Gesundheitsförderungsarbeit mit älteren Menschen. <i>ProCare</i> , 22(10), 16–19. <a href="https://doi.org/10.1007/s00735-017-0842-9">https://doi.org/10.1007/s00735-017-0842-9</a>	(Stöller et.al. 2017) <sup>10</sup> Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“  (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017) Gesundheitsziele Österreich	Unterteilung der zu Fördernden in unterschiedliche Zielgruppen (vor allem bezüglich der Morbidität) Darstellung eines Projektes zur Gesundheitsförderung  Thema: Prävention & Gesundheitsförderung	Die Prinzipien der Gesundheitsförderung sind Nachhaltigkeit, Empowerment, Setting- und Determinantenorientierung, Vernetzung, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, pos./dynamischer Gesundheitsbegriff.	Interdisziplinäre Kooperation ist die Grundvoraussetzung. Weiterhin braucht es die Entwicklung kooperativer Infrastrukturen, die Schulung des Fachpersonals bezüglich Gesundheitsförderung und Umsetzung der in der Spalte „Inhalt“ genannten Prinzipien.

<sup>8</sup> Bowers. (2019). Safewards Modell. ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen.

<sup>9</sup> Horn, A., Kleina, T., Vogt, D., Koch, M., Schaeffer, D., (2013). Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung.

<sup>10</sup> Stöller, J., Schnabel, F., Gollner, E., (2017) Modellprojekt „Gemeinsam gesund alt werden“. *Gesundheitsförderung*. 1, 26-29

	Bibliografische Angaben	Studienverweis/-bezug	Thema	Inhalt	Empfehlung für weitere Verwendung
6-9	<p><b>Weilguni, V. (2020).</b>  Im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit: In Zeiten von Corona werden viele Schwachstellen in der Langzeitpflege sichtbar. <i>ProCare</i>, 25(9), 44–45.  <a href="https://doi.org/10.1007/s00735-020-1267-4">https://doi.org/10.1007/s00735-020-1267-4</a></p>	<p>Roundtable  „Patientensicherheit und Freiheit in Pflegeheimen in Corona-Zeiten – ein Widerspruch?“  (Juli, 2020 Wien)</p>	<p>Corona deckt Schwächen in der Langzeitpflege auf   Thema: Prävention &amp; Gesundheitsförderung</p>	<p>Das existierende Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Freiheit in der Pflege muss weiter im Fokus stehen. Folgen von Einschränkungen müssen in weiteren Überlegungen Beachtung finden. Der Blickwinkel der Pflegekräfte ist in politische Entscheidungen mit einzubeziehen.</p>	<p>Mehr Mitspracherechte für Pflegenden bei ethischen, politischen Entscheidungen werden gefordert. Personalmängel müssen reduziert werden. Jede Freiheitseinschränkung muss in einem passenden Verhältnis zur Gefahr stehen.</p>