

# Pflege-Report 2015

## „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmei /  
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 97-107



<b>7</b>	<b>Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit – Potenziale und Herausforderungen in der stationären Langzeitversorgung.....</b>	<b>97</b>
	<i>Thomas Kleina und Annett Horn</i>	
7.1	Hintergrund .....	97
7.2	Gesundheitsförderung aus Expertensicht.....	99
7.3	Gesundheitliche Potenziale und Problemlagen der Nutzer .....	101
7.4	Schlussfolgerungen und Fazit.....	104

# 7 Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit – Potenziale und Herausforderungen in der stationären Langzeitversorgung

Thomas Kleina und Annett Horn

## Abstract

Bei den Nutzern der stationären Langzeitversorgung in Deutschland handelt es sich zumeist um chronisch kranke, multimorbide und funktionsbeeinträchtigte Menschen. Gleichwohl verfügen diese über förderungswürdige Gesundheitspotenziale. Stationäre Pflegeeinrichtungen tun sich jedoch schwer, geeignete Interventionen zur Gesundheitsförderung ihrer Nutzer zu etablieren. Um hier zu Fortschritten zu kommen, bedarf es eines verbesserten Verständnisses des Konzeptes Gesundheitsförderung und einer sorgfältigeren Berücksichtigung der Fähigkeiten der Nutzer.

Most of the users of institutional long-term care suffer from several (chronical) diseases and functional disabilities. Nevertheless they retain potentials and resources that can be addressed by health promotion. However, many nursing homes struggle to establish suitable activities in an appropriate, systematic way. A deeper understanding of the concept of health promotion as well as a more careful consideration of the users' abilities is necessary in order to achieve improvements in this field.

## 7.1 Hintergrund

Die demografische Alterung und damit verbunden die Zunahme von Pflegebedürftigkeit haben in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einem enormen Bedeutungszuwachs der Pflege geführt. Diese Entwicklung wird sich einschlägigen Analysen und Prognosen zufolge zukünftig verstärken (BMFSFJ 2002; Landtag NRW 2005; SVR 2009, 2014), da mit einer weiteren Zunahme chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist. Die stationäre pflegerische Langzeitversorgung ist davon besonders betroffen, denn die Zahl der in diesem Versorgungssetting lebenden Pflegebedürftigen hat sich in den vergangenen zwölf Jahren sukzessive erhöht und ist seit 1999 von 554 200 auf rund 743 000 bis Ende 2011 gestiegen. Mittlerweile leben rund 30% der Pflegebedürftigen dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2013).

Neben diesem quantitativen Zuwachs sind stationäre Pflegeeinrichtungen aber vor allem mit Anforderungen konfrontiert, die sich aus Veränderungen der Bewoh-

nerstruktur ergeben. Mittlerweile ziehen alte Menschen erst sehr spät in eine stationäre Einrichtung; meist dann, wenn eine Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr aufrechterhalten werden kann (Feichtinger et al. 2002; Horn et al. 2011; Wingenfeld 2008). Dadurch hat sich die Zusammensetzung der Nutzerinnen und Nutzer weitgreifend gewandelt (Schaeffer und Wingenfeld 2004; Schaeffer und Büscher 2009; SVR 2014; Wingenfeld 2008). Ein immer größer werdender Teil ist von gravierenden gesundheitlichen und funktionellen Einbußen betroffen und befindet sich im Spätstadium chronischer Krankheit. Darüber hinaus spielen die Auswirkungen von Demenzerkrankungen inzwischen eine große Rolle.

Trotz oftmals bestehender gesundheitlicher Fragilität verfügen aber auch diese hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen über gesundheitliche Potenziale, die durch Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden können (Garms-Homolová 2008; Kalinowski et al. 2010; Kruse 2004; Kuhlmeiy und Schaeffer 2008; Schaeffer und Büscher 2009). Wie wichtig dies ist, belegen zunehmend mehr Studien. Sie zeigen, dass auch bei hochaltrigen Personen mit manifesten körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen, beispielsweise durch Bewegungsförderung, positive Effekte erzielt werden können (ex. Baum et al. 2003; Makita et al. 2006; Peri et al. 2008; Venturelli et al. 2010). Während sich diese Erkenntnisse international schon seit längerem durchgesetzt haben, erfolgt in Deutschland erst in den letzten Jahren ein Umdenken. Zunehmend mehr werden in der Praxis inzwischen Gesundheitsförderungskonzepte unterschiedlichster Art aufgegriffen – angefangen bei der Sturzprävention über die Anwendung von Spielekonsolen bis hin zu Kraft-, Muskel- und Fitnesstrainings. Parallel dazu werden tradierte Ansätze wie beispielsweise der Sitztanz weiter eingesetzt (Horn et al. 2013).

Bislang liegen jedoch nur wenige Erkenntnisse über die Bedarfsgerechtigkeit, Umsetzung und Praktikabilität dieser Konzepte in der Praxis vor. Dies ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass das Wissen über die Situation und den Gesundheitszustand der Nutzer der stationären Langzeitversorgung lückenhaft ist (SVR 2009).<sup>1</sup> Zum anderen ist unklar, welchen Stellenwert die professionellen Akteure in den Pflegeeinrichtungen Fragen der Gesundheitsförderung grundsätzlich beimessen und wie sich die Bedingungen in diesem Setting darstellen. Das Fehlen entsprechender empirischer Grundlagen zur Ableitung von Anforderungen an Interventionen und Strategien zur Gesundheitsförderung birgt die Gefahr, dass Maßnahmen an den Problem- und Bedarfslagen der Bewohner vorbeigehen oder sich als inkompatibel mit den herrschenden Rahmenbedingungen in den Einrichtungen erweisen (Schaeffer und Büscher 2009).

Zwei an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführte Projekte, deren Ergebnisse nachfolgend vorgestellt werden, widmen sich dieser Problematik.<sup>2</sup> Im Rahmen einer qualitativen Expertenbefragung wur-

1 Differenzierte Fakten lieferten bisher nur wenige Studien, wie die MuG IV-Untersuchung (Schneekloth und Wahl 2007) oder die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen“ (Wingenfeld und Schnabel 2002), die jedoch auf inzwischen veralteten Daten basieren.

2 Die Projekte sind Teil einer Kooperationspartnerschaft mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) (Wien), die sich seit 2008 auf breiter Basis dem Thema „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“ widmet.

de zunächst nach den Möglichkeiten/Optionen von Gesundheitsförderung im Setting der stationären pflegerischen Langzeitversorgung gefragt. Im Anschluss daran widmete sich eine zweite Untersuchung der Analyse der gesundheitlichen Potenziale und Problemlagen der Nutzer und daraus resultierender Notwendigkeiten und Anknüpfungspunkte für gesundheitsfördernde Interventionen.

## 7.2 Gesundheitsförderung aus Expertensicht

Insgesamt wurden 14 Experten mittels leitfadengestützter Interviews nach bestehenden Herausforderungen, der Relevanz von Gesundheitsförderung in diesem Setting und zu bereits umgesetzten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung befragt.<sup>3</sup> Einbezogen wurden professionelle Akteure großer Träger mit langjähriger Berufserfahrung in der stationären Langzeitversorgung.

Generell betonten die befragten Experten, dass nutzerorientierte Gesundheitsförderung auch in der stationären Langzeitversorgung „*ein wichtiges Thema*“ sei, ihre Umsetzung jedoch schwierig ist, weil dieser Versorgungszweig seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes einem kontinuierlichen Veränderungsprozess unterliegt, der die Einrichtungen mit immer neuen Anforderungen konfrontiert und sie unter großen Handlungsdruck setzt. Immer wieder erwähnte Stichworte in diesem Zusammenhang waren sich ständig ändernde gesetzliche Vorgaben, Fachkraftquote, Pflegenotstand, hoher Qualitätsdruck und generell restriktive Rahmenbedingungen. Die Bewältigung der damit verbundenen Anforderungen ist für viele Einrichtungen ein dringlicheres Anliegen als die Beschäftigung mit Fragen der Gesundheitsförderung. Diese stellt aus Sicht der Experten eher ein „Add-on“ dar, das ohnehin knappe Ressourcen zusätzlich strapaziert.

Dass Gesundheitsförderung mehr als wünschenswertes „Extra“ denn als notwendiger Bestandteil der Versorgung wahrgenommen wird, resultiert nach Meinung der Experten auch aus der Tatsache, dass sie nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung ist und somit nicht refinanziert wird. Zudem birgt erfolgreiche Gesundheitsförderung sogar finanzielle Risiken für die Einrichtungen, denn wenn sie – wie intendiert – zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führt, drohen eine Rückstufung in eine niedrigere Pflegestufe und längerfristig finanzielle Einbußen. Solange Gesundheitsförderung diese unerwünschten Wirkungen hat und das Vergütungssystem – so einer der Experten – „*eher Pflegebedürftigkeit unterstützt und nicht die Selbstständigkeit der Bewohner fördert*“, – dürfte sie kaum auf breiter Basis Einkehr in die stationäre Langzeitversorgung halten.

Neben den Rahmenbedingungen wurde zudem häufig thematisiert, dass der stark beeinträchtigte Gesundheitszustand vieler Heimbewohner ohnehin die Möglichkeiten nutzerorientierter Gesundheitsförderung einschränkt. Angesichts ihrer

<sup>3</sup> In diesem Beitrag werden ausschnittshaft Ergebnisse vorgestellt, die sich auf die Situation der Nutzer beziehen. Die Mitarbeiter bleiben hier ausgeschlossen. Für eine ausführliche Darstellung der Projektergebnisse sowie der Erhebungs- und Analysemethoden siehe Horn et al. 2011 sowie Horn und Schaeffer 2011.

fragilen Gesundheitssituation ist zunächst eine „*angemessene Pflege*“ gefordert, bevor über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung nachgedacht werden kann. Deutlich wird, dass sich die befragten Experten vor konzeptionelle Herausforderungen gestellt sehen, da sie vor allem die Vermeidung zusätzlicher Ressourcenverluste und weniger die Ermöglichung weiteren Gesundheitsgewinns als realistisches Ziel wahrnehmen. Zugleich erweisen sich die Vorstellungen der Experten darüber, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist, als wenig konturiert und ausgesprochen heterogen. Für einige ist Gesundheitsförderung „*eine gute Pflege und eine gute Versorgung*“ deren Ergebnis dann als positiv einzuschätzen ist, wenn sie den Qualitätsanforderungen entspricht. Andere Interviewpartner sahen bereits den regelmäßigen Besuch eines Zahn- oder Ohrenarztes als Maßnahme zur Gesundheitsförderung für die Nutzer an. Wieder andere Experten verstanden darunter beispielsweise „*das Erleben von Sinnhaftigkeit*“.

Befragt nach konkreten Angeboten zur Gesundheitsförderung, die in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung vorgehalten werden, zeigte sich, dass zwar etliche Angebote existieren, es den Experten jedoch schwerfiel, sie von therapeutischen sozialen und pflegerischen Interventionen abzugrenzen. Dennoch lassen sich drei inhaltliche Schwerpunkte identifizieren:

- Eine hohe Verbreitung und Akzeptanz haben Maßnahmen, die im weitesten Sinne dem Bereich *Mobilitäts- und Bewegungsförderung* zugeschrieben werden können. Die Experten verweisen in diesem Zusammenhang häufig auf den Nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe (DNQP 2013) und Maßnahmen zum Training von Kraft und Balance. Darüber hinaus bieten einige Einrichtungen gezielte Muskelaufbautrainings an und greifen auf evidenzbasiert entwickelte Programme (z. B. Fit für 100) zurück. Überwiegend werden jedoch herkömmliche Angebote, z. B. Sitztanz oder Spaziergänge, durchgeführt, für deren Wirksamkeit keine Belege existieren.
- Maßnahmen zur Förderung des *psycho-sozialen Wohlbefindens und der mentalen Gesundheit* gehören ebenso zum Angebot vieler Einrichtungen. Darunter verstanden werden z. B. die „*Förderung sozialer Kontakte*“ durch Hol- und Bringdienste zu Familien, Freunden und Vereinen, aber auch „*Gemeinschaftsangebote*“ in den Einrichtungen, die darauf zielen, durch Kontaktförderung die Nutzer vor sozialem Rückzug und Isolation zu bewahren.
- Viele der Einrichtungen haben als Konsequenz der Einführung des Nationalen Expertenstandards zum Ernährungsmanagement in der Pflege (DNQP 2010) Maßnahmen rund um das Essen initiiert. Als Beispiel wird das „*rollende Abendbuffet*“ angeführt, bei dem die Bewohner nicht nur das tellerfertige Essen erhalten, sondern die Komponenten selbst auswählen können und dazu vom Koch am Bett aufgesucht werden. Andere Maßnahmen zielen darauf, eine abwechslungsreiche Ernährung zu ermöglichen und für ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu sorgen.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung eher tentativ und konzeptionell wenig systematisch vorgegangen wird, was sich auch daran zeigt, dass herkömmliche Pflegeaufgaben oder Maßnahmen zur Qualitätssicherung von den befragten Experten als Gesundheitsförderung „umgedeutet“ werden. Positiv formuliert betrachten sie in diesem Sinne Gesundheitsförderung als integralen Bestandteil pflegerischen Handelns, was durchaus wünschens-

wert wäre. Negativ formuliert ist diesem Verständnis zufolge jedoch beinahe jede nicht einzig verwahrende Pflege bereits als Gesundheitsförderung zu verstehen, weil sie auf den Erhalt der gesundheitlichen Ressourcen zielt. Ganz in diesem Sinn wurde von vielen Experten häufig bereits die „*aktivierende, rehabilitative Pflege*“, wie sie im SGB XI eingefordert wird, als gesundheitsförderliche Maßnahme verstanden (Horn et al. 2011).

### 7.3 Gesundheitliche Potenziale und Problemlagen der Nutzer

Um einen vertieften Einblick in die gesundheitlichen Problemlagen bei den Nutzern der stationären Langzeitversorgung zu erhalten, wurden im Anschluss in acht stationären Pflegeeinrichtungen aus Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen Daten von insgesamt 648 Nutzern mittels standardisierter Erhebungsbögen erfasst.<sup>4 5</sup> Die Erhebung zielte auch darauf, in Ergänzung zu den Experteninterviews Erkenntnisse über die gesundheitlichen Potenziale der Bewohner zu gewinnen.

Die Datenanalyse zeigte, dass bei der überwiegenden Zahl der Nutzer bei grundlegenden Bewegungsfähigkeiten, der Mobilität sowie der Selbstversorgung – Bereichen, denen aus Sicht der Experten im Kontext von Gesundheitsförderung eine besonders hohe Bedeutung zukommt – ausgeprägte Selbständigkeitseinbußen bestehen. Bei der Mobilität wiesen 49,6% der Bewohner schwere Beeinträchtigungen bis hin zu einem völligen Selbständigkeitsverlust auf. Bei weiteren 18,1% lagen zumindest erhebliche Selbständigkeitseinbußen vor.<sup>6</sup> Auch mit Blick auf die Selbstversorgung war der Anteil der schwer- und schwerst Beeinträchtigten mit 43,4% hoch, 30,6% der Nutzer wiesen erhebliche Einbußen auf (vgl. Abbildung 7–1).

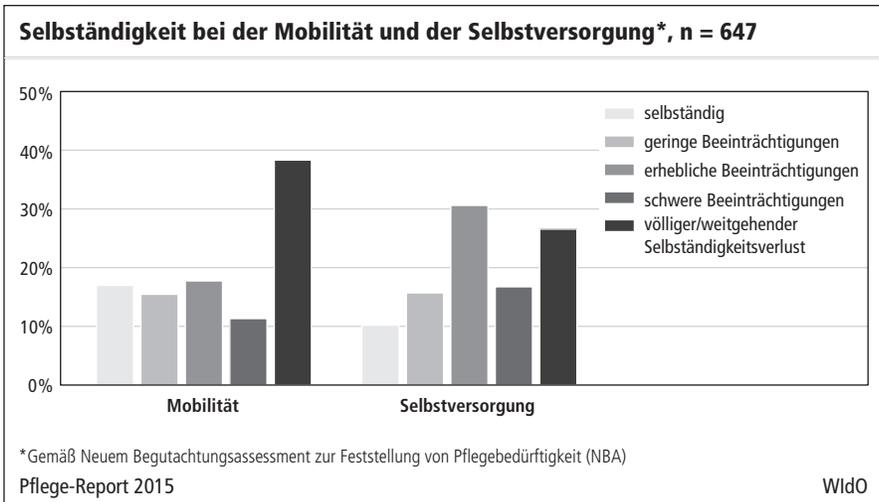
Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Mehrzahl der Nutzer in der alltäglichen Versorgung einen vergleichsweise hohen Unterstützungsbedarf aufweist. Sie unterstreichen aber auch, dass dem Erhalt verbliebener Selbständigkeitspotenziale eine hohe Bedeutung zukommt. Allerdings lassen sich aus diesen Ge-

4 Zur Ermittlung der Selbständigkeit bei der Mobilität und Selbstversorgung und des kognitiven Status der Nutzer wurde auf Module des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBA) (Wingenfeld et al. 2008) zurückgegriffen. Darüber hinaus wurden einzelne Sachverhalte mittels gezielter Einzelfragen erfasst. Die Einschätzung erfolgte durch Pflegefachkräfte der Einrichtungen, die in mehrstündigen Schulungen auf diese Aufgabe vorbereitet wurden. Die Stichprobe erwies sich hinsichtlich der Alters-, Geschlechter- und Pflegestufenstruktur im Vergleich mit den Daten der Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013) als typisch für die stationäre Altenhilfe, was vermuten lässt, dass sich auch in den Ergebnissen zur Selbständigkeit und der gesundheitlichen Situation der Nutzer charakteristische Potenziale und Problemlagen widerspiegeln. Für eine ausführliche Darstellung der Erhebungs- und Analysemethoden sowie der Stichprobencharakteristik siehe Kleina et al. 2012.

5 Das Projekt wurde mit Unterstützung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) (Berlin) realisiert.

6 Die Systematik des NBA sieht bei den Modulen zur Selbständigkeit bei Mobilität und Selbstversorgung in Abhängigkeit vom erreichten Scorewert eine Einstufung in fünf Klassen (selbständig/geringe Beeinträchtigungen/erhebliche Beeinträchtigungen/schwere Beeinträchtigungen/völliger bzw. weitgehender Selbständigkeitsverlust) vor (ausführlich in Wingenfeld et al 2008).

Abbildung 7–1



sambewertungen nur bedingt Rückschlüsse auf die Potenziale der Nutzer zur Beteiligung an gesundheitsfördernden, insbesondere mobilitäts- und bewegungsfördernden Interventionen ziehen. Aussagekräftiger ist hier ein Blick auf einzelne Bewegungsfähigkeiten, deren Vorhandensein bei vielen Interventionsansätzen Voraussetzung zur Teilnahme ist. Hier geht es in erster Linie um basale Anforderungen, z. B. die Fähigkeit zu sitzen, aufzustehen oder eine kurze Strecke zu gehen. Diese Grundfertigkeiten sind, zumindest bei entsprechender Nutzung von Hilfsmitteln oder personeller Unterstützung, bei der überwiegenden Zahl der Nutzer (noch) vorhanden. 79,8% der Bewohner waren in der Lage zu sitzen, 68,1% konnten aufstehen und mit 56,3% konnten mehr als die Hälfte eine Wegstrecke von 10 m bewältigen (vgl. Tabelle 7–1).

Auch wesentliche Fähigkeiten zur Bewegung der oberen Extremitäten waren bei der Mehrzahl der Bewohner vorhanden. 62,5% von ihnen waren in der Lage, den sogenannten Nackengriff durchzuführen, 79,3% konnten mit Hilfe eines Löffels Nahrung zum Mund führen und 78,1% verfügten über die Fähigkeit, eine Hand fest

Tabelle 7–1

**Fähigkeiten und Unabhängigkeit der Nutzer bei zentralen Aspekten der Mobilität (n = 645)**

Der Bewohner kann ...	sitzen	aufstehen	gehen (10 m)
selbständig	42,4 %	26,8 %	14,2 %
selbständig mit Hilfsmitteln	32,8 %	24,9 %	33,5 %
mit personeller Unterstützung	4,6 %	16,4 %	8,6 %
nein	20,1 %	31,9 %	43,7 %

Tabelle 7–2

**Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten der Nutzer, Anteile (n = 647)**

Kognitive & kommunikative Fähigkeiten	Bewohner	Anteil
keine Beeinträchtigung	81	12,5 %
geringe Beeinträchtigung	88	13,6 %
erhebliche Beeinträchtigung	90	13,9 %
schwere Beeinträchtigung	115	17,8 %
völliger/weitgehender Fähigkeitsverlust	273	42,2 %

Pflege-Report 2015

WIdO

7

zu drücken. Auch das Vorhandensein dieser Fähigkeiten spielt für die Möglichkeit, sich z. B. an bewegungsfördernden Interventionen zu beteiligen, eine wichtige Rolle.

Mit Blick auf ihre kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten lagen bei einem Großteil der einbezogenen Pflegebedürftigen gravierende Einschränkungen vor. Lediglich 26,1 % wiesen in dieser Hinsicht keine oder nur geringe Beeinträchtigungen auf. Bei 60 % wurde dagegen sogar ein schwerer oder völliger Verlust kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten konstatiert (vgl. Tabelle 7–2).

Dieses häufige Auftreten ausgeprägter kognitiver Beeinträchtigungen stellt ein grundsätzliches Problem bei der Anwendung gesundheitsförderlicher Interventionen dar. Denn bei vielen der bislang erprobten Förderungskonzepte und -strategien für ältere, chronisch kranke Personen stehen Methoden der Informationsvermittlung im Mittelpunkt, die für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten nicht oder nur bedingt geeignet sind. So waren beispielsweise 49,8 % der einbezogenen Nutzer nur noch in geringem Maße oder gar nicht mehr in der Lage, Sachverhalte und Informationen, die auf verbalem Wege übermittelt wurden, zu verstehen. Um diese Personen an Interventionen teilhaben zu lassen, müssen bei deren Umsetzung also andere Wege der Informationsvermittlung genutzt werden.

Wie die Analyse der Daten zeigte, stellen kognitive Beeinträchtigungen aber auch einen wichtigen Prädiktor für das Auftreten und die Ausprägung funktionaler Einschränkungen bei der Mobilität und Selbstversorgung dar (vgl. Tabelle 7–3). Die insgesamt 388 Personen, die unter schweren bis schwersten Verlusten kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (NBA) litten, wiesen z. B. ein 3,6-fach höheres Risiko

Tabelle 7–3

**Bewohner mit Einschränkungen basaler Bewegungsfähigkeiten. Anteile nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung gemäß NBA (n = 645)**

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (NBA)	Bewohner kann nicht ...		
	sitzen	aufstehen	10 m gehen
Bewohner mit schweren bis schwersten Beeinträchtigung	29,9 %	44,8 %	56,6 %
Bewohner ohne/mit geringen bis erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen	5,7 %	12,5 %	24,0 %

Pflege-Report 2015

WIdO

Tabelle 7–4

**Veränderungen der Selbständigkeit bei der Mobilität und der Selbstversorgung in den letzten Wochen und Monaten, Anteile nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung (n = 646)**

Veränderungen	Mobilität bei Bewohnern	
	ohne/mit geringen bis erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen	mit schweren/schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
Verbesserung in den letzten Wochen und Monaten	12,0 %	3,1 %
Verschlechterung in den letzten Wochen und Monaten	10,1 %	28,1 %
Es bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?	36,4 %	24,5 %

Pflege-Report 2015

WIdO

7

auf, nicht mehr aufstehen zu können, als kognitiv weniger beeinträchtigte Nutzer. Das Risiko, nicht mehr gehen zu können, war bei ihnen um das 2,4-fache erhöht.

Die Ergebnisse zeigten darüber hinaus, dass kognitive Funktionseinbußen auch mit der Entwicklung der Mobilität zusammenhängen. So kam es bei Nutzern, die schwere bis schwerste kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, in den Wochen und Monaten vor der Erhebung erheblich häufiger zu Selbstständigkeitsverlusten. Eine vergleichbare Tendenz zeichnete sich bei der Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten in diesem Bereich ab. Während Verbesserungspotenziale aus Sicht der Pflegekräfte nur bei 24,5 % der kognitiv stärker beeinträchtigten Nutzer erkennbar waren, lag der Anteil bei geringer beeinträchtigten Personen bei 36,4 % (vgl. Tabelle 7–4).

Mit Blick auf die Beteiligung an Gruppenaktivitäten zur körperlichen Aktivierung, die von den Pflegeeinrichtungen angeboten wurden, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit vom kognitiven Status. Hier scheint vor allem der Mobilitätsstatus der Nutzer ausschlaggebend für die Teilnahme zu sein, denn die Angebote wurden von Personen, die keine oder nur geringe Mobilitätseinschränkungen aufwiesen, erheblich häufiger in Anspruch genommen als von Bewohnern mit weitergehenden Mobilitätsbeeinträchtigungen. Insgesamt nahmen 43,3 % der Nutzer derartige Angebote wahr. Eine mindestens zweimal wöchentliche Teilnahme, die für die Erzielung körperlicher Effekte als grundlegend erachtet wird, war jedoch nur bei rund 15 % von ihnen zu verzeichnen.

## 7.4 Schlussfolgerungen und Fazit

Gesundheitsförderung wird inzwischen auch hierzulande von den Akteuren in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung als wichtig wahrgenommen. Es ist jedoch zu konstatieren, dass keineswegs von einer systematischen Umsetzung gesundheitsfördernder Konzepte und Interventionen gesprochen werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Frage, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist, welche Ziele mit ihr ver-

bunden sind und wie sie von anderen Konzepten wie dem der „Qualität“ oder der „aktivierenden Pflege“ abzugrenzen ist, in weiten Teilen noch aussteht. Dies führt u. a. dazu, dass in der Praxis auf eine Vielzahl verschiedenster Interventionsansätze zurückgegriffen wird, die zwar im weitesten Sinne mit dem Thema Gesundheit in Zusammenhang stehen, häufig aber vor allem zum Ziel haben, spezifische gesundheitliche Komplikationen während der Versorgung zu vermeiden und somit eher dem in der Pflege etablierten Ansatz der „Prophylaxe“ zuzuordnen sind. Das primäre Ziel von Gesundheitsförderung liegt demgegenüber jedoch in der grundsätzlichen Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Potenziale, unabhängig von der Vermeidung einzelner Gesundheitsprobleme. Die unklaren und unsystematischen Zielvorstellungen tragen vermutlich auch dazu bei, dass in den Einrichtungen häufig Interventionen angeboten werden, die zwar in der Praxis seit längerem etabliert sind, für deren gesundheitsfördernde Wirkung jedoch bislang kaum wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Hinzu kommt, dass der Zugriff auf Informationen über Programme, die für stationäre Pflegeeinrichtungen geeignet sind, sich für die Praxis ausgesprochen mühsam gestaltet.<sup>7</sup>

Die Daten zum Gesundheitszustand der Nutzer bestätigen einerseits die Einschätzung der Experten, dass bei einem großen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen massive Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit vorliegen. Andererseits offenbaren sie, dass trotz bestehender Funktionseinbußen viele von ihnen über grundlegende Fähigkeiten verfügen, die für eine Beteiligung an gesundheitsfördernden Interventionen, insbesondere solchen zur Bewegungsförderung, notwendig sind. Um jedoch möglichst viele Nutzer zu erreichen, bedarf es eines differenzierten Angebots von Interventionen mit abgestuften körperlichen Anforderungen, die auf die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Nutzer zugeschnitten sind. Angebote nach dem Motto „one size fits all“, die in vielen Einrichtungen anzutreffen sind, führen voraussichtlich bei vielen Teilnehmern zu Über- oder Unterforderung und lassen daher kaum positive Effekte erwarten. Gleiches gilt für die Berücksichtigung des kognitiven Status: Interventionen, die zwar die körperliche Leistungsfähigkeit der Nutzer, nicht aber ihre Fähigkeiten zur Informationsaufnahme und -verarbeitung berücksichtigen, erscheinen wenig erfolgversprechend. Um zu einem besseren Abgleich zwischen den mit einer Intervention einhergehenden Anforderungen und den entsprechenden Fähigkeiten der Nutzer zu kommen, bedarf es zum einen klarer, praxistauglich formulierter Zielgruppenkriterien und zum anderen einer systematischen, aussagekräftigen Erfassung der individuellen Leistungsfähigkeit der Nutzer, z. B. durch entsprechende Kurzassessments (vgl. Horn et al. 2013).

Die Forderung nach einer Diversifizierung des Angebots an gesundheitsfördernden Maßnahmen trifft jedoch – wie die Ergebnisse der Expertenbefragung unterstreichen – in der Praxis auf problematische Rahmenbedingungen. Denn viele stationäre Pflegeeinrichtungen orientieren sich bei der Gestaltung ihres Angebots primär an der Erfüllung leistungsrechtlich definierter Anforderungen und sehen of-

---

7 Einen ersten Ansatz, hier zu Verbesserungen beizutragen, verfolgte ein weiteres Projekt der Universität Bielefeld. In ihm wurden Informationen über bewegungsfördernde Interventionen, die für Heimbewohner geeignet sind, zusammengetragen und systematisiert (Horn et al. 2013). Die Ergebnisse können unter der Internetadresse „[bf1.zqp.de](http://bf1.zqp.de)“ eingesehen und genutzt werden.

fenbar kaum Spielräume für die Erschließung und den Ausbau innovativer Aufgabenfelder. Diese Haltung, so nachvollziehbar sie angesichts zahlreicher externer Qualitätsanforderungen ist, steht einer systematischen Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung entgegen und bewirkt, dass der Umfang der für gesundheitsfördernde Interventionen eingesetzten Ressourcen limitiert bleibt. Wenn, wie international längst üblich, auch hierzulande Gesundheitsförderung und Prävention zu einem zentralen Handlungsfeld der Pflege werden sollen, bedarf es auch auf der Ebene gesetzlicher Vorgaben und Leistungsdefinitionen einer Umsteuerung, die es den Einrichtungen ermöglicht, die aufgezeigten Entwicklungsanforderungen zu bewältigen.

In dieser Hinsicht stellt der aktuell vorgelegte Entwurf eines Präventionsgesetzes, das explizit auch die Verankerung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting stationäre Langzeitversorgung vorsieht, einen wichtigen ersten Schritt dar. Gleichwohl sei darauf hingewiesen, dass die im Gesetzentwurf vorgenommene Eingrenzung auf die stationäre Pflege zu kurz greift, denn zahlreiche der in diesem Beitrag skizzierten Entwicklungs- und Implementationsherausforderungen besitzen auch in anderen Versorgungssettings, z. B. in der ambulanten Pflege oder im Rahmen der Versorgung Pflegebedürftiger in Wohngruppen, eine hohe Relevanz und harren der Bearbeitung. Auch die dort versorgten Nutzer dürften, trotz Pflegebedürftigkeit, über förderungswürdige Gesundheitspotenziale verfügen, die bislang zu selten erkannt und oft nicht in angemessener Weise genutzt werden. Die Entwicklung und Etablierung gesundheitsfördernder Konzepte und Interventionen stellt also für sämtliche Bereiche der pflegerischen Versorgung eine wichtige Herausforderung dar, die zeitnah angegangen werden sollte.

## Literatur

- Baum EE, Jarjoura D, Polen AE, Faur D, Rutecki G. Effectiveness of a Group Exercise Program in a Long-Term Care Facility: A Randomized Pilot Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* [doi: 10.1016/S1525-8610(04)70279-0] 2003; 4 (2): 74–80.
- BMFSFJ. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: DNQP 2010.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2013.
- Feichtinger L, Thiele C, Baumann U, Mitmannsgruber H, Somweber M. Der Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2002; 15 (3): 125–37.
- Garms-Homolová V. Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmeier A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber 2008; 263–75.
- Horn A, Schaeffer D. Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft 2011; P11–146.

- Horn A, Brause M, Schaeffer D. Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung – Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2011; 6 (4): 262–9.
- Horn A, Kleina T, Vogt D, Koch M, Schaeffer D. Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Literaturrecherche. IPW (Hrsg). Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft 2013; P13–149.
- Kalinowski S, Wulff I, Dräger D. Ressourcenorientierung als Paradigma sportwissenschaftlicher Forschung. Ein Modell zur Ressourcenanalyse im Pflegeheim. *Sportwissenschaft* 2010; 40: 163–73.
- Kleina T, Brause M, Horn A, Wingensfeld K, Schaeffer D. Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft 2012; P12–147.
- Kruse A. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber 2004; 83–93.
- Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern u. a.: Huber 2008.
- Landtag NRW. Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag NRW 2005.
- Makita M, Nakadaira H, Yamamoto M. Randomized controlled trial to evaluate effectiveness of exercise therapy (Takizawa Program) for frail elderly. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2006; 11 (5): 221–7.
- Peri K, Kerse N, Robinson E, Parsons M, Parsons J, Latham N. Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS). *Age Ageing* 2008; 37 (1): 57–63.
- Schaeffer D, Büscher A. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Z Gerontol Geriatr* 2009; 42 (6): 441–51.
- Schaeffer D, Wingensfeld K. *Pflegerische Versorgung alter Menschen*. In: Kruse A, Martin M (Hrsg). *Enzyklopädie der Gerontologie Alternsprozesse aus multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber 2004.
- Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007.
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013.
- SVR. *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.: Bonn 2009.
- SVR. *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014. Berlin 2014.
- Venturelli M, Lanza M, Muti E, Schena F. Positive Effects of Physical Training in Activity of Daily Living–Dependent Older Adults. *Exp Aging Res* [doi: 10.1080/03610731003613771] 2010; 36 (2): 190–205.
- Wingensfeld K. Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber 2008; 370–81.
- Wingensfeld K, Schnabel E. *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Bielefeld/Dortmund: Institut für Pflegewissenschaften (IPW), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) 2002.
- Wingensfeld K, Büscher A, Gansweid B. *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes*. Bielefeld/Münster: Institut für Pflegewissenschaft (IPW), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL) 2008.