Leitfaden Prävention

in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Impressum
Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

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

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Stand: Juni 2018

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

Inhalt

1. Einleitung 4

2. Gesetzliche Grundlagen. 6

3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege 7

4. Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung 10

5. Umsetzungs- und Ausschlusskriterien 11

6. Präventionsziele in der stationären Pflege 13

7. Handlungsfelder 14
   - 7.1 Ernährung 14
   - 7.2 Körperliche Aktivität 15
   - 7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen 16
   - 7.4 Psychosoziale Gesundheit 17
   - 7.5 Prävention von Gewalt. 18

8. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen 20

9. Evaluation 21

1. Einleitung

In Deutschland werden (Stand 2015) ca. 783.400 Pflegebedürftige vollstationär und ca. 74.000 teilstationär in 13.600 Pflegeeinrichtungen von 730.000 Beschäftigten versorgt. 94 % der Pflegeheime betreuen überwiegend ältere oder hochaltrige Menschen; 70 % der Bewohnerinnen und Bewohner sind 80 Jahre und älter.[1] Pflegebedürftigkeit ist aber nicht vom Erreichen eines bestimmten Alters abhängig. Aufgrund des demografischen Wandels ist zu erwarten, dass trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär" der Anteil der Bevölkerung, der in der stationären Pflege versorgt wird, tendenziell steigen wird. Hochaltrigkeit ist mit einem höheren Risiko von Pflegebedürftigkeit verbunden. In Regionen mit abnehmender Bevölkerungsdichte und einem steigenden Anteil von Einzelhaushalten sinkt zugleich das Potenzial einer familiären Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld.[2]

Pflegebedürftige sind aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf Hilfe bei Aktivitäten im Alltag, bei der Gestaltung von Lebensbereichen und bei sozialer Teilhabe angewiesen. Beeinträchtigte, multimorbide und pflegebedürftige Menschen verfügen dennoch über Gesundheitspotenziale, die gefördert werden können. Voraussetzung für die Umsetzung einer Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen ist, dass die Lebensbedingungen entsprechend nachhaltig gestaltet werden. Prävention in der stationären Pflege muss deshalb konsequent dem Ansatz der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Settings) folgen.[3]

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

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

Mit dem Präventionsgesetz wurde die Verpflichtung der Pflegekassen eingeführt, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen. Damit leisten die Pflegekassen auch einen zusätzlichen Beitrag zur Förderung der Mobilität von Pflegebedürftigen, der den Gedanken des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Modul 1 „Mobilität" des Begutachtungsinstruments) aufgreift.

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

1 Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015, Wiesbaden.

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

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

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

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

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

Wesentliche Grundlage für den ‚Leitfaden Prävention in stationären Einrichtungen nach § 5 SGB XI' war die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes. Hierfür hat der GKV-Spitzenverband im Jahr 2015 einen Auftrag zur Entwicklung von Vorschlägen für Kriterien der Prävention, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele vergeben. Die Ergebnisse lagen Ende 2015 in Form einer Expertise vor, wurden Ende 2017 aktualisiert und sind in den Leitfaden eingeflossen.

2. Gesetzliche Grundlagen

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

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

Erläuterung:
In § 5 Abs. 1 SGB XI macht der Gesetzgeber die Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Pflegekassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Leistungen beziehen sich dabei auf einen partizipativen Organisationsentwicklungsprozess und sollen sich von den Aufgaben der Pflegeeinrichtungen insbesondere nach § 11 SGB XI, der aktivierenden Pflege, abgrenzen. Für die Ausgaben nach § 5 Abs. 1 SGB XI gilt ein jährlich anzupassender Sollwert pro Kopf der Versicherten. § 5 Abs. 3 SGB XI stellt dabei klar, dass die Pflegekassen diese Leistungen in Kooperation erbringen sollen. Die Art und Ebene der Kooperation ist nicht festgelegt.

3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege

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

- Bedarfsermittlung einschließlich vorhandener Risiken und Potenziale,
- eine daraus abgeleitete Zielbestimmung und
- Entwicklung von Vorschlägen und Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen sowie
- die Unterstützung von deren Umsetzung

jeweils unter Beteiligung der in der stationären Pflegeeinrichtung befindlichen Menschen und der Verantwortlichen umfasst. Bei einer nachhaltigen Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen wiederholt sich dieser Prozess im Sinne eines Lernzyklus: An die Umsetzung schließt sich wiederum eine Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen, z. B. aus definierten Handlungsfeldern, bewertet werden. Darauf aufbauend können weitere Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt werden (vgl. Abbildung 1).

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

1. **Vorbereitungsphase:** Durch persönliche und/oder mediengestützte Information und Beratung unterstützen die Pflegekassen das Interesse der in den stationären Pflegeeinrichtungen Verantwortlichen für die Prävention/Gesundheitsförderung. In der persönlichen Beratung interessierter Verantwortlicher können diese für das Thema Prävention/Gesundheitsförderung pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflegeeinrichtung sensibilisiert und für ein gemeinsames Verständnis von Prävention/Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz vorbereitet werden. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Entscheidung der stationären Pflegeeinrichtung, in einen Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess einzutreten. Es erfolgt eine Klärung von Auftrag und Zielsetzung.

2. **Nutzung von Strukturen:** Wurde in der stationären Einrichtung die Entscheidung für einen Einstieg in den Prozess der Prävention/Gesundheitsförderung getroffen, ist es wichtig, die relevanten Akteurinnen und Akteure zusammenzubringen. Empfehlenswert ist die Einrichtung bzw. die Erweiterung eines bestehenden Steuerungsgremiums. Es empfiehlt sich, vorhandene Strukturen (z. B. aus dem Qualitätsmanagement) zu nutzen. Das Steuerungsgremium hat die Aufgabe, die Analyse des Bedarfs, die Festlegung von Zielen, die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie die Evaluation zu koordinieren. In der Steuerungsgruppe müssen die Leitung der Einrichtung und die Zielgruppe vertreten sein.

Anzustreben ist die Beteiligung folgender Akteurinnen und Akteure:

- Einrichtungsleitung und Verantwortliche für das Qualitätsmanagement
- Pflegefachkräfte als zentrale Beschäftigtengruppe
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuung
- Pflegebedürftige und ihre Angehörigen
- Heimbeiräte
- gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer

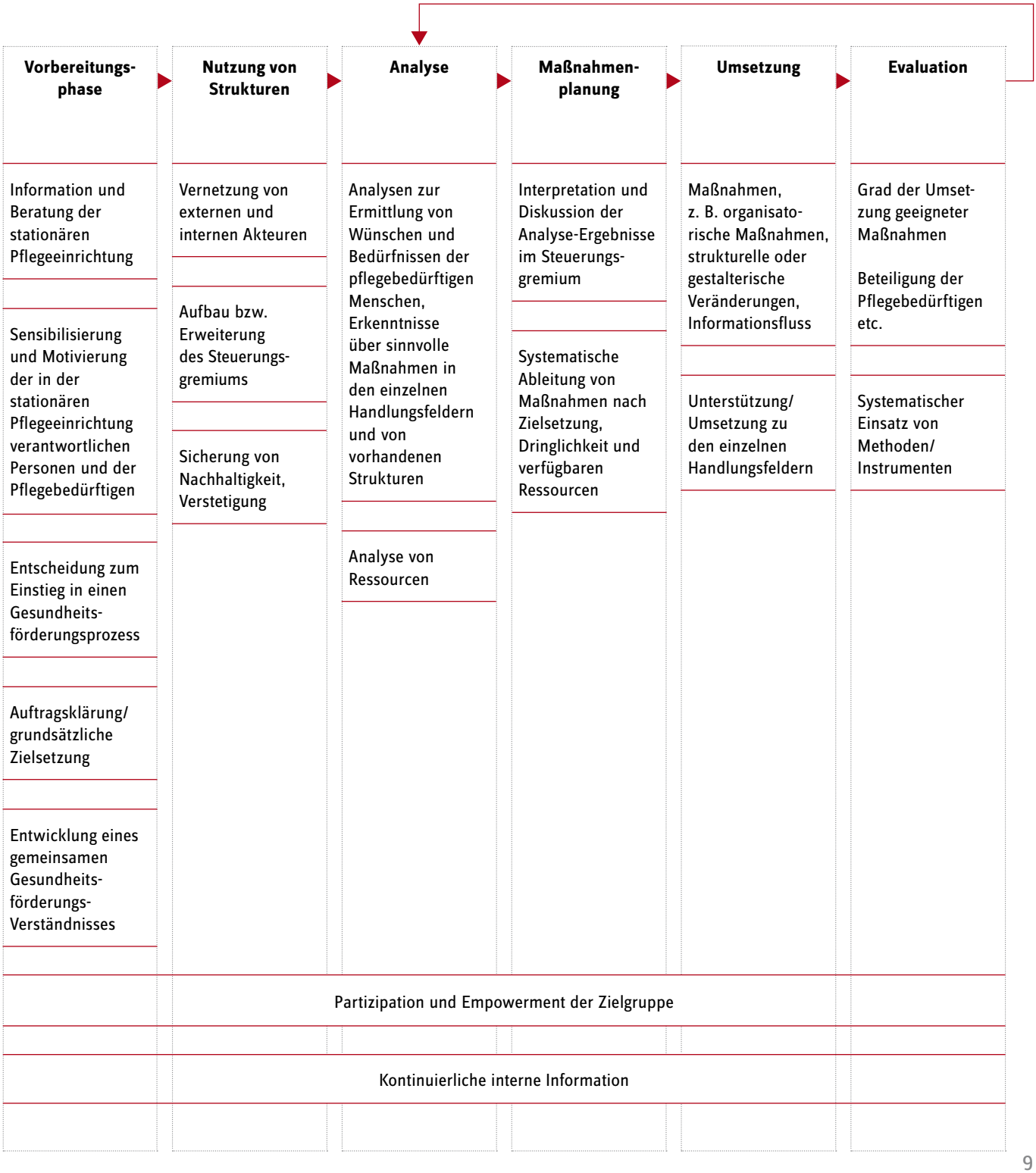
3. **Analyse:** Hierbei werden Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in den einzelnen Handlungsfeldern sowie vorhandene Strukturen analysiert. Zur Erfassung von Bedarf und Angebot sowie zur Evaluation setzen Pflegekassen geeignete Instrumente ein. In wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten sollten insbesondere Methoden der Beteiligung (auch der Gruppen von Pflegebedürftigen) entwickelt werden, die sich nicht von sich aus adäquat in Entscheidungsprozesse über die Gestaltung der Pflegeeinrichtung einbringen.

4. **Maßnahmenplanung:** Das Steuerungsgremium interpretiert und bewertet die gesammelten Informationen und leitet daraus Interventionsziele ab. Diese werden in Abstimmung priorisiert und fließen in einen Maßnahmenplan für die einzelnen Handlungsbereiche ein. Dieser Maßnahmenplan sollte sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen enthalten, die zur Stärkung von Ressourcen der Zielgruppen beitragen. Er bringt die Maßnahmen nach Priorität und Machbarkeit in eine Reihenfolge und legt die Verantwortlichkeiten der Akteurinnen und Akteure und der Kooperationspartner für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte fest. Der Maßnahmenplan enthält die vereinbarten (Zwischen-)Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe von Interventionen sowie Routinen für die Dokumentation. Ferner sind darin die Zeitplanung sowie einzelne Fristen festgelegt. Das Steuerungsgremium wirkt auf die Realisierung des Plans hin.

5. **Umsetzung:** Die von den Projektverantwortlichen/vom Steuerungsgremium beschlossenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt. In der Umsetzung von Maßnahmen muss ein Schwerpunkt im Aufbau nachhaltiger Strukturen liegen. Dazu gehört auch der Auf- und Ausbau von Kooperationen mit externen Anbietern wie z. B. geeigneten Physiotherapiepraxen oder Sportvereinen und Trägern der Erwachsenen- und Seniorenbildung.

6. **Evaluation:** Die Evaluation sollte institutionsbezogen mindestens den Grad der Umsetzung geeigneter Maßnahmen sowie die Beteiligung der Pflegebedürftigen erfassen. Zur Weiterentwicklung können unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten von für Pflegebedürftige relevanten Eckpunkten (z. B. Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität) entwickelt werden. In den einzelnen Handlungsfeldern sind Vorschläge für Indikatoren formuliert.

Abb. 1:
Der Gesundheitsförderungsprozess in stationären Pflegeeinrichtungen



4. Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung

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

Die Inhalte der von den stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen werden gesetzlich nach §§ 41, 42, 43 und 43b SGB XI bestimmt und durch die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, sowie durch die Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53c SGB XI konkretisiert. So sollen Pflegeinterventionen erkennbar auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Lebensqualität, Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet sein (Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege nach § 113 SGB XI, Ziffer 4 Ergebnisqualität). Hierzu gehören z. B. Hilfen bei der Mobilität zur Förderung von Beweglichkeit und zum Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung oder prophylaktische Maßnahmen gegen Druckgeschwüre, Pneumonien, Stürze, Kontrakturen und Mangelernährung.

Von diesen Pflegeinterventionen und Betreuungsleistungen sind die durch das Präventionsgesetz vorgesehenen Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI aus leistungsrechtlichen Gründen abzugrenzen. Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Beratung und zeitlich begrenzte (finanzielle) Unterstützung von Pflegeeinrichtungen erfüllen, die geeignete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Pflegebedürftigen entwickeln, implementieren und evaluieren. Pflegekassen können vor allem die Anstrengungen der Pflegeeinrichtungen unterstützen, partizipativ gesundheitsfördernde Strukturen in der Lebenswelt Pflegeheim zu schaffen. Sie sollen sich insbesondere dadurch auszeichnen, dass sie alle Bewohnerinnen und Bewohner oder nach ihren körperlichen und kognitiven Fähigkeiten differenzierte Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern des Settings erreichen.

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

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

5. Umsetzungs- und Ausschlusskriterien

Die folgenden Kriterien für unterstützungsfähige Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen orientieren sich an den Förder- und Ausschlusskriterien, die grundsätzlich für den Settingansatz nach § 20a Abs. 1 SGB V[6] definiert worden sind. Darüber hinaus gelten für die Prävention/Gesundheitsförderung im Setting „stationäre Pflegeeinrichtungen" spezifische Anforderungen und Kriterien.

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

Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Beratung von Pflegeeinrichtungen und durch Unterstützung mittels Einbringen von Ressourcen erfüllen. Mögliche Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI im Setting Pflegeeinrichtung können darüber hinaus z. B. Moderation und Projektmanagement sein; ebenso können Pflegekassen qualitätsgesicherte Konzepte und Programme unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der jeweiligen Pflegeeinrichtung entwickeln und umsetzen. Darüber hinaus können Pflegekassen von Dritten entwickelte bzw. vorgeschlagene Konzepte berücksichtigen.

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen können auf der Grundlage von qualitätsgesicherten Konzepten und Programmen durch eigene Fachkräfte der Pflegekassen oder durch von ihnen beauftragte Dritte durchgeführt bzw. finanziell unterstützt werden. Die Pflegekassen wirken darauf hin, dass die Nachhaltigkeit der umgesetzten Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen sichergestellt wird.

Dazu müssen die Maßnahmen dauerhaft in den Pflegeeinrichtungen implementiert und kontinuierlich angewandt werden. Der Aufbau und die eigenständige Weiterführung der Maßnahmen sind entsprechend dem beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

Anforderungen:

- offener Zugang: Die Maßnahmen stehen grundsätzlich allen Bewohnerinnen und Bewohnern von voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen offen, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse sie versichert sind. Dies gilt auch, wenn nicht alle Pflegekassen bei der jeweiligen Maßnahme beteiligt sind.
- Ausrichtung: Die geplanten Aktivitäten sollen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen stärken.
- Vielfalt/Diversität[7]: Die Vielfalt/Diversität der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen wird berücksichtigt.
- Qualifikation: Fachkräfte der Pflegekassen oder von Pflegekassen beauftragte Fachkräfte, die die in den einzelnen Handlungsfeldern (s. Kap. 7) aufgeführten verhaltenspräventiven Maßnahmen durchführen, verfügen über folgende grundsätzliche Voraussetzungen:
  - Grundqualifikation: staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld
  - Zusatzqualifikation: spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung[8]
  - Einweisung in die durchzuführenden Maßnahmen[9]

  Die jeweilige Anerkennung der Qualifikation obliegt den Pflegekassen.

6 GKV-Spitzenverband (2017): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 21. Juni 2017.

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

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

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

- Partnerschaften: Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke sowie Akteurinnen und Akteure werden möglichst genutzt bzw. eingebunden.
- Konzeptionierung: Vorlage eines Konzepts zur Beschreibung der Maßnahme, insbesondere mit Angaben
  - zur Zielrichtung (Zieldefinition erfolgt möglichst operationalisiert; dabei ist die Ausrichtung auf die Prävention/Gesundheitsförderung zu beachten),
  - zur Dauer (Kontinuität und Regelmäßigkeit sollten gewährleistet sein),
  - zur Qualifikation der Ausführenden,
  - zu den Kosten einschließlich eines Finanzierungskonzepts,
  - zu Qualitätssicherungsmaßnahmen,
  - zur Evaluation der Maßnahme sowie
  - zur Nutzung/Einbindung vorhandener Strukturen.
- Partizipation: In den gesamten Präventions-/Gesundheitsförderungsprozess sollten die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen aktiv einbezogen werden.
- Transparenz: Die Akteurinnen und Akteure informieren sich gegenseitig laufend über den jeweils aktuellen Sachstand bzgl. der jeweiligen Maßnahme.

Ausgeschlossen sind insbesondere:

- Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen der aktivierenden Pflege gemäß § 11 SGB XI bzw. aufgrund individueller Bedarfe und Bedürfnisse im Rahmen der Pflege, Betreuung (einschließlich zusätzlicher Betreuung) und hauswirtschaftlichen Versorgung nach §§ 41, 42, 43 und 43b i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI zu erfolgen haben
- Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI
- Leistungen, die zu den Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder die in den Zuständigkeitsbereich anderer Leistungsträger gehören; insbesondere die Finanzierung von Heil- und Hilfsmitteln nach §§ 32 ff. SGB V
- Finanzierung von Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI
- Finanzierung von Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenständen, Mobiliar und technischen Hilfsmitteln
- Finanzierung beruflicher Ausbildungen
- Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen, die nicht an die Maßnahme gebunden sind
- Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen, deren Kosten bereits in den vereinbarten Pflegesätzen der Pflegeeinrichtungen enthalten sind
- Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen
- auf einzelne Bewohnerinnen und Bewohner bezogene Abrechnung von Maßnahmen
- isolierte, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene Maßnahmen
- Forschungsprojekte/Screenings ohne Interventionsbezug
- Aktivitäten von politischen Parteien sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen
- Aktivitäten, die Werbezwecken für kommerzielle Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- ausschließlich auf Öffentlichkeitsarbeit ausgerichtete Aktionen, Informationsstände oder ausschließlich mediale Aufklärungskampagnen
- Angebote, die weltanschaulich nicht neutral sind

6. Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V vom 19. Februar 2016 beschreiben unter dem Ziel „Gesund im Alter“ für die Zielgruppe Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsthemen, bei deren Umsetzung die stationären Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen gemäß § 5 SGB XI unterstützt werden können.

Ziel präventiver/gesundheitsfördernder Leistungen in Pflegeeinrichtungen ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Ressourcen der Pflegebedürftigen unter deren Beteiligung. Das Oberziel ist dabei die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen. Zur Umsetzung wird den Pflegekassen daher empfohlen, in den Pflegeeinrichtungen Steuerungsgremien zu unterstützen, die sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflegeeinrichtung befassen (Teilziel 1).

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

Teilziel 1: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner befasst, ist erhöht.

Die zwischen den Pflegekassen oder den Kooperationspartnern und den stationären Pflegeeinrichtungen vereinbarten präventiven/gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten sich an den folgenden inhaltlichen Teilzielen (2.1 bis 2.5) orientieren.[10] Mit dem vorliegenden Leitfaden werden die Zielformulierungen konkretisiert.

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

Teilziele 2.1 bis 2.5: Handlungsfelder

Teilziele der Pflegekassen für die einzelnen Handlungsfelder

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

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

Teilziel 2.3 (Kognitive Ressourcen):
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

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

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

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

7. Handlungsfelder

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

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

Die Empfehlungen zu den Handlungsfeldern basieren auf dem Expertenurteil der einbezogenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Da die zugrundeliegende Literaturauswertung für die einzelnen Handlungsfelder insgesamt geringe Evidenz für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne des § 5 SGB XI ergab, besteht grundsätzlicher Forschungsbedarf zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Setting der stationären Pflege mit für Pflegebedürftige relevanten Outcomes. Aufgrund des teilweise fehlenden Erkenntnisstandes werden von den Experten auch Interventionen empfohlen, deren Wirksamkeit angenommen wird. In solchen Projekten sollte die Umsetzung wissenschaftlich begleitet werden.

7.1 Ernährung

Bei pflegebedürftigen Menschen tragen krankheitsbedingte Faktoren, die entweder die Nahrungsaufnahme einschränken oder den Energie- und Nährstoffbedarf erhöhen, dazu bei, dass das Risiko für Mangelernährung erhöht ist. In Einrichtungen der stationären Pflege sind bis zu zwei Drittel der Pflegebedürftigen davon betroffen. Mangelernährung kann wiederum dazu führen, dass sich Erkrankungen verschlimmern und Gebrechlichkeit zunimmt.[11]

Zur Vermeidung von Mangelernährung liegt ein Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in der 1. Aktualisierung aus dem Jahr 2017 vor.[12] Er beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement mit dem Ziel der Sicherung und Förderung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten oralen Ernährung von kranken und pflegebedürftigen Menschen, die angemessene Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie bei der Gestaltung der Mahlzeiten.

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

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

12 https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467, Zugriff am 01.12.2017.

Ziel: Verbesserung der Ernährungssituation der Pflegebedürftigen

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

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

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

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

7.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigen ist hochrelevant für den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit, für die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens, kann kognitive Ressourcen stärken (siehe Kap. 7.3) und die Prävention zusätzlicher Erkrankungen unterstützen. Gleichgewichtsübungen können alleine oder in Kombination mit Krafttraining einen positiven Effekt auf die Gleichgewichtsfähigkeit Pflegebedürftiger in der stationären Pflege haben.[13]
Seit 2014 liegt ein Expertenstandard nach § 113a SGB XI zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ im Entwurf vor.[14] Unter Mobilität wird dort in Anlehnung an das fachliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit die körperliche Fähigkeit verstanden, sich über kurze Strecken selbstständig fortzubewegen und selbstständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen. Der Erhalt der Mobilität einzelner Pflegebedürftiger im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses wird als Aufgabe aktivierender Pflege verstanden. Die Prävention gemäß § 5 SGB XI zur Förderung der körperlichen Aktivität ist damit nicht abgedeckt.

Maßnahmen zur Förderung von Bewegung, die über das alltägliche Maß hinausgehen, können die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens begünstigen.[15] Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, Bewegungsprogramme in Gruppen anzubieten und die körperliche Aktivität Pflegebedürftiger im Alltag zu erhöhen. Pflegebedürftige sollten motiviert werden, regelmäßig und dauerhaft an Angeboten teilzunehmen, die ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und ihrem Bedarf entsprechen.

13 Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, Smith J, Green J, Hardy J, Burns E, Glidewell E, Greenwood D.C. (2013): Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2: 1-269.
Weening-Dijksterhuis E,de Greef MHG, Scherder EJA, Slaets JPJ, van der Schrans CP (2011): Frail institutionalized older persons. A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living and quality-of-life. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90, 2: 156-168.

14 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf, Zugriff am 02.01.2018.

15 Wöhl C, Siebert H, Blättner B (2017): Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. ZGerontolGeriatr 50(6), 475-482.

Ziel: Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen

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

Evidenz: Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass Bewegung eine Verbesserung der Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens[16] und der kognitiven Leistungsfähigkeit (siehe Kap. 7.3) bewirken kann. Gleichgewichtsübungen können alleine oder in Kombination mit Krafttraining einen positiven Effekt auf die Gleichgewichtsfähigkeit Pflegebedürftiger in der stationären Pflege haben.[17] [18]

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

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

7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen

Aufgrund des hohen Anteils von Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenzbedingten Einschränkungen und dem generellen Risiko kognitiver Einbußen bei hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Stärkung kognitiver Ressourcen ein relevantes Thema der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. Sowohl kognitive[19] als auch körperliche[20] Aktivitäten können die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern. Von Maßnahmen zur Stärkung der kognitiven Fähigkeiten können insbesondere kognitiv weniger eingeschränkte Personen profitieren, von Maßnahmen zur Stärkung der körperlichen Fähigkeiten können auch kognitiv stärker eingeschränkte Personen profitieren. Kognitives Training und kognitive Stimulation erfordern ein Eingehen auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Übungen mit komplexeren mentalen Leistungsanforderungen können einen besseren Schutz vor dem Verlust kognitiver Leistungsfähigkeiten bieten als reines Gedächtnistraining.[21]

16 Wöhl C, Siebert H, Blättner B (2017): Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. ZGerontolGeriatr 50(6), 475-482.

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

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

19 Wöhl C, Richter S, Blättner B (2017): Kognitive Interventionen in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen. ZGerontolGeriatr, online first doi.org/10.1007/s00391-017-1330-3.

20 ebd.

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

Ziel: Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen

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

Evidenz: Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass sich körperliche und mentale Aktivität generell fördernd auf die kognitive Leistungsfähigkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen auswirkt.[22] [23]

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

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

7.4 Psychosoziale Gesundheit

Die psychosoziale Gesundheit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege zu erhalten, zu stärken oder wiederherzustellen ist eine besondere Herausforderung. Neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Demenz und die Parkinsonsche Erkrankung sind besonders häufig mit Depressionen verbunden. Depressionen gelten als relevanteste psychische Erkrankung in der stationären Pflege. Es muss von einer Prävalenz depressiver Symptome bei bis zu 50 % und von schwerer Depression bei bis zu 20 % der Pflegebedürftigen ausgegangen werden.[24]

In eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit[25] wurden sieben Primärstudien eingeschlossen, deren Interventionen eine Aktivierung von Erinnerungen, Freizeitaktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe umfassten. Die Studien hatten überwiegend ein hohes Verzerrungspotenzial. Positive Effekte von Erinnerungstherapien oder Freizeitaktivitäten auf depressive Symptome und auf die fremd eingeschätzte und selbstberichtete Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit waren statistisch nicht signifikant. Das Ausbleiben der Maßnahmen führte allerdings zur Verschlechterung depressiver Symptome bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz. Freizeitaktivitäten in Gruppen führten im Vergleich zur Erinnerungsaktivierung zu einer Verbesserung des Wohlbefindens. Eine quasi-experimentelle Studie zur gesellschaftlichen Teilhabe zeigte eine statistisch signifikante Steigerung des Wohlbefindens und ein vermindertes Auftreten depressiver Symptome. In die Studie wurden jedoch nur 39 Teilnehmende einbezogen.

Aus theoretischen Überlegungen lässt sich ableiten, dass die Stärkung von Resilienz und

22 Wöhl C, Richter S, Blättner B (2017): Kognitive Interventionen in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen. ZGerontolGeriatr, online first doi.org/10.1007/s00391-017-1330-3.

23 ebd.

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

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

des Empfindens von Kohärenz sinnvolle Ansätze zur universellen Prävention sein können. Daraus ergibt sich die Empfehlung, Pflegebedürftigen die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten zu ermöglichen.

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

Ziel: Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Stärkung der Resilienz

Maßnahme: Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozial anerkannten Aktivitäten

Evidenz: Expertise

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

Indikatoren für Wirksamkeit: gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

Anmerkung: Dieses Ziel kann auch für die Suchtprävention hilfreich sein.

7.5 Prävention von Gewalt

Gewalt gegenüber alten Menschen sind nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation[26] einmalige oder wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den Betroffenen zu Schaden oder Leid führen. Damit sind Formen emotionaler, körperlicher und sexualisierter Gewalt sowie Vernachlässigung gemeint. Gewalt gegen und Gewalt durch Pflegebedürftige bedingen sich oft wechselseitig. Die Relevanz des Themas ist unter Expertinnen und Experten unbestritten.

In wenigen Bundesländern (z. B. Hessen) bestehen explizite Verpflichtungen in den Heimgesetzen, Konzepte für gewaltfreie Pflege vorzulegen. Primär sollten Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung geeigneter Konzepte in Kooperation mit der jeweiligen Heimaufsicht und dem Träger der Kranken- bzw. Unfallversicherung unterstützt werden.

Während mit partizipativen Ansätzen zur Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen erste Erfahrungen vorliegen[27], ist die Erkenntnislage zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen noch unbefriedigend. Eine Übersichtsarbeit zur Gewaltprävention in der Pflege[28] konnte lediglich eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit eines Schulungsprogramms identifizieren und kommt zu dem Schluss, dass diese Studie aufgrund erheblicher methodischer Schwächen und mangelnder Übertragbarkeit keine zuverlässigen Schlüsse über die Wirksamkeit von Interventionen zur Gewalt-

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

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

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

prävention zulässt. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass sich Maßnahmen zur Gewaltprävention in der stationären Pflege nicht nur auf einen singulären Aspekt beziehen können, sondern auf Systemebene, an den Strukturen einer stationären Pflegeeinrichtung, ansetzen müssen. Dementsprechend muss ein Konzept zur Gewaltprävention ein Bündel unterschiedlicher Maßnahmen enthalten.[29] [30] Hierzu gehören neben einer Sensibilisierung und regelmäßigen Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema auch die Entwicklung und Festlegung von einrichtungsinternen Handlungsleitlinien zum Umgang mit Verdachtsfällen und bei aktuell verübter Gewalt. Übereinstimmend wird den Pflegeeinrichtungen auch empfohlen, eine Präventionsbeauftragte bzw. einen Präventionsbeauftragten zu installieren, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Ansprechpartner und Beratungsinstanz zur Verfügung stehen und sie bei dem Ziel unterstützen, Übergriffe und Gewalt zu verhindern.[31] [32]

Ziel: Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen

Maßnahme: partizipative Entwicklung von Konzepten gewaltfreier Pflege sowie deren Umsetzung

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

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

Indikatoren für Wirksamkeit: gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

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

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

31 Schempp et al. (2012).

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

8. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen

Die nach § 5 SGB XI von den Pflegekassen erbrachten Leistungen sind durch diese zu dokumentieren. Insbesondere zum Zweck der Berichterstattung gemäß § 20d Abs. 4 SGB V (Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz) i. V. m. § 5 Abs. 5 SGB XI und der Messung der Erreichung der Präventionsziele in der stationären Pflege erfolgt die Dokumentation jährlich und umfasst insbesondere:

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

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

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

9. Evaluation

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

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de