



# Gesundheitsförderung für Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen





## Impressum

Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: 0511 / 388 11 89 - 0

Fax: 0511 / 388 11 89 - 31

E-Mail: [info@gesundheit-nds.de](mailto:info@gesundheit-nds.de)

Internet: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

*in Zusammenarbeit mit:*

pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.

Dieterichsstraße 25 A, 30159 Hannover

*unter Gesamtförderung der:*

BARMER Landesvertretung Niedersachsen / Bremen

Goseriede 4, 30159 Hannover

### **Redaktion:**

Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Thomas Altgeld, Dr. Nina Fleischmann, Theresa Vanheiden, Birgit Wolff

pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.

Silke Wendland

**Druck:** unidruck GbmH & Co KG, Hannover

**Auflage:** 2.500

**Stand:** April 2019

### **Illustrationen:**

Tanja Wehr, SKETCHNOTELOVERS

[www.sketchnotelovers.de](http://www.sketchnotelovers.de)



Die positive Veränderbarkeit von kognitiven und körperlichen Funktionen ist vielfach belegt, und dies in jeder Lebensphase. Während der Fokus der Prävention in der Vergangenheit insbesondere auf dem ersten Lebensdrittel lag, setzt sich die Erkenntnis durch, dass auch im höheren Lebensalter Prävention altersbedingte Einschränkungen verringert und die gesundheitlichen Kompetenzen der Betroffenen weiterentwickelt. Insbesondere bei pflegebedürftigen Personen spielt der Erhalt und die Förderung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität. Der BARMER als großer Versorgungskasse und über 440.000 Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung ist es daher ein besonderes Anliegen, gerade diesem Personenkreis ein möglichst selbstbestimmtes und aktives Leben zu ermöglichen. Dies liegt sowohl im Interesse jedes Einzelnen als auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung im Interesse der Gesellschaft.

Alt zu werden ist positiv – möglichst gesund und autark im Alter zu bleiben ist noch besser und unsere gemeinsame Zielvorstellung. Insofern haben wir in Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartner\*innen das vorliegende Präventionsprojekt sehr gern finanziell gefördert und daran mitgearbeitet. Wir hoffen, dadurch Anreize zu schaffen sich mit diesem wichtigen Thema auseinanderzusetzen und Hilfestellung hinsichtlich der Etablierung des Prozesses, möglicher auftretender Probleme und der Sicherung des Erfolges geben zu können.

Alt zu werden ist positiv – möglichst gesund und autark im Alter zu bleiben ist noch besser und unsere gemeinsame Zielvorstellung. Insofern haben wir in Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartner\*innen das vorliegende Präventionsprojekt sehr gern finanziell gefördert und daran mitgearbeitet. Wir hoffen, dadurch Anreize zu schaffen sich mit diesem wichtigen Thema auseinanderzusetzen und Hilfestellung hinsichtlich der Etablierung des Prozesses, möglicher auftretender Probleme und der Sicherung des Erfolges geben zu können.

*Heike Sander*

Heike Sander,

BARMER Landesvertretung Niedersachsen / Bremen



pro familia ist ein unabhängiger Fachverband für selbstbestimmte Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. Wir bieten qualifizierte Information, Beratung, Prävention, Sexualpädagogik und sexuelle Bildung an und unterstützen Ratsuchende darin, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Sexualität und Intimität begleiten Menschen durch das ganze Leben von der Kindheit bis ins Alter und sind auch bei Pflegebedürftigkeit wichtige Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden.

Vor diesem Hintergrund war es für uns in diesem Projekt spannend, Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, bisher wenig berücksichtigte Gesundheitspotenziale ihrer Bewohner\*innen zu entdecken, zu fördern und sie zu ermutigen, hierbei ungeübtere oder vielleicht sogar neue Wege zu gehen. Der konsequent durchgehaltene partizipative Ansatz hat sich dabei selbst als die größte gesundheitsfördernde Maßnahme herausgestellt. Die Bewohner\*innen bei allen Vorhaben miteinzubeziehen und mit ihnen und allen anderen Beteiligten auf Augenhöhe Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, hat eindeutig zu ihrer Selbstbestimmung und ihrem Wohlbefinden beigetragen und dadurch ihre psychosoziale Gesundheit gefördert. Ein toller Erfolg für alle Beteiligten.

Wir wünschen allen Projekteinrichtungen, dass sie diesen partizipativen Gesundheitsförderungsweg für sich weiter nutzen können und hierbei viele Nachahmende finden werden. Die vorliegende Broschüre trägt dazu bei.

*Uta Engelhardt*

Uta Engelhardt,  
pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.



Die LVG & AFS steht als Fachverband in Niedersachsen für die Themen Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersgruppen. Das Gemeinschaftsprojekt mit der BARMER Niedersachsen/Bremen und pro familia Niedersachsen e. V. war jedoch das erste, in dem hochaltrige, pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen im Fokus standen. Es war sehr spannend im Setting Pflegeheim Bewohner\*innen, Angehörige und Beschäftigte in den Einrichtungen dabei zu unterstützen, gemeinsam Maßnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung der Bewohner\*innen zu entwickeln und auf den Weg zu bringen. Die Beteiligung der Bewohner\*innen in allen Schritten war dabei zentral und Herzstück des Projektes.

Die Vorstellungen darüber, was die Gesundheit der Bewohner\*innen fördern kann und welche Maßnahmen dazu geeignet sind, waren in den Projekthäusern sehr vielfältig und lagen andererseits gar nicht so weit auseinander. Welche dann schließlich umgesetzt werden sollten, wurde miteinander ausgehandelt. Wir bedanken uns bei allen Beteiligten, den Projekthäusern, der BARMER und pro familia für die gute Zusammenarbeit und das große Engagement. Die Ergebnisse dieses Projektes bestärken uns darin, das Thema Gesundheitsförderung von Bewohner\*innen in stationären Pflegeeinrichtungen weiterzuentwickeln.

In dieser Broschüre werden das Verfahren, die Abläufe und Ergebnisse des gesamten Prozesses zusammengefasst. Wir hoffen, dass Sie beim Lesen Ideen für Ihre Arbeit entdecken, sich anregen lassen und dass Sie möglicherweise Interesse und Lust entwickeln, sich selbst in gesundheitsförderlichen Projekte zu engagieren.

Thomas Altgeld,

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen. e. V.



# Der PROZESS

## SCHRITT FÜR SCHRITT



**i**

Wir möchten mit dieser Broschüre für das Thema Gesundheitsförderung und Prävention bei pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sensibilisieren und für interessierte Pflegeeinrichtungen mögliche Wege der Umsetzung aufzeigen. Für die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens ist es nie zu spät, auch dann nicht, wenn bereits gesundheitliche Einschränkungen vorliegen.

Ergänzend zu dieser Broschüre informiert Sie unser Erklärfilm kurz und knapp, wie Sie sich Schritt für Schritt auf den Weg machen können:

[www.tinyurl.com/erklaeerfilm-bewohner](http://www.tinyurl.com/erklaeerfilm-bewohner)

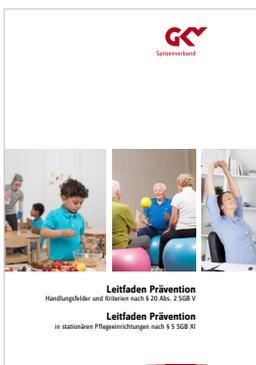
Die Aufgabe der Gesundheitsförderung von Bewohner\*innen in stationären Pflegeeinrichtungen ist Aufgabe aller Pflegekassen. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an eine Pflegekasse vor Ort.

Hintergrund und rechtliche Rahmenbedingungen.....	10
Was sind Gesundheitsförderung und Prävention?.....	13
Zwei wichtige Elemente: Settingansatz und Partizipation .....	13
Umsetzung in den Pflegeheimen .....	14
Vorbereitungsphase – Sensibilisierung von Einrichtungen für das Thema .....	15
Bedarfs- und Ressourcenanalyse.....	15
Maßnahmenplanung – Entwicklung von Gestaltungsansätzen.....	18
Umsetzung und Evaluation.....	19
Die Projekteinrichtungen mit ihren Projekten .....	20
Der Prozess als gesundheitsförderliche Maßnahme .....	25
Positive Erfahrungen .....	26
Perspektive der Mitarbeiter*innen.....	26
Perspektive der Bewohner*innen.....	27
Projektbezogene Erfahrungen.....	28
Externe Fachbegleitung.....	30
Herausforderungen und Hemmnisse .....	30
Ressourcen .....	30
Partizipationsansatz.....	31
Neuland Förderung präventiver Maßnahmen.....	31

Erfahrungen und Anregungen .....	32
Förderliche Faktoren allgemein.....	32
Perspektiven .....	33
Handlungsfelder, Partizipation und sensible Themen .....	35
Literatur .....	37
Zum Weiterlesen .....	39
Beispielhafte Praxisprojekte .....	41

## Hintergrund und rechtliche Rahmenbedingungen

Die Lebenswelt „Pflegeheim“ ist mit dem Präventionsgesetz von 2015 mehr in den Mittelpunkt gesundheitsförderlicher und präventiver Aktivitäten gerückt: Die gesetzlichen Pflegekassen sind verpflichtet, in stationären Pflegeeinrichtungen jährlich 0,32€ pro versicherte Person für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohner\*innen umzusetzen (Stand Januar 2019). Damit sollen die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner\*innen gestärkt und ein Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit verzögert werden. Bei der Entwicklung dieser Maßnahmen sind die Pflegeeinrichtungen und die Bewohner\*innen zu beteiligen (§ 5 Abs. 1 SGB XI). In Deutschland leben etwa 783.000 Menschen in über 13.600 stationären Pflegeeinrichtungen (Destatis 2017), davon 91.540 Menschen in rund 1.786 Einrichtungen in Niedersachsen (LSN 2017). Die Lebenswelt „Pflegeheim“ weist im Vergleich zu anderen Lebenswelten Besonderheiten auf: Die Einrichtungen stationärer Pflege sind als das Zuhause zu betrachten und prägen für die meisten Bewohner\*innen ihren letzten Lebensabschnitt. Als wesentlicher Beitrag zur Lebensqualität der Bewohner\*innen sind Konzepte zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention auf den Erhalt und die Selbstständigkeit der Bewohner\*innen in der pflegerischen Versorgung auszurichten (BVG 2018).



In dem Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ setzt der GKV-Spitzenverband hinsichtlich Inhalten, Vorgehensweisen, Qualität, Zielerreichung und Bewertung der Präventionsmaßnahmen einen Rahmen. Die einzelnen Schritte des Gesundheitsförderungsprozesses in stationären Pflegeeinrichtungen sind hier abgebildet und bieten eine gute Orientierung für die Umsetzung im eigenen Haus. Der Leitfaden beinhaltet fünf Handlungsfelder und Ziele, in denen die Gesundheit

und das Wohlbefinden der Bewohner\*innen verbessert werden soll:

Handlungsfeld	Erläuterung	Ziel
<b>Ernährung</b>	Bei pflegebedürftigen Menschen tragen krankheitsbedingte Faktoren, die die Nahrungsaufnahme einschränken oder den Energie- und Nährstoffbedarf erhöhen, zu einem Risiko für Mangelernährung bei.	Verbesserung der Ernährungssituation der Pflegebedürftigen
<b>Körperliche Aktivität</b>	Körperliche Aktivität ist sehr wichtig für die Leistungsfähigkeit, die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens, zur Stärkung kognitiver Ressourcen und zur Prävention zusätzlicher Erkrankungen.	Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen
<b>Stärkung kognitiver Ressourcen</b>	Kognitive Ressourcen bedürfen, aufgrund des hohen Anteils von Menschen mit Demenz und dem hohen Risiko kognitiver Einbußen bei hochaltrigen Menschen, der Stärkung.	Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen
<b>Psychosoziale Gesundheit</b>	Durch die Teilnahme an sozial anerkannten Aktivitäten können die Resilienz und das Empfinden von Kohärenz gestärkt werden.	Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Stärkung der Resilienz
<b>Prävention von Gewalt</b>	Einmalige oder wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den Betroffenen zu Schaden oder Leid führen, werden als Gewalt verstanden.	Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen



Ebenso zeigt der Leitfaden auf, welche potenziellen Maßnahmen die Pflegekassen über das Präventionsgesetz finanzieren und welche ausgeschlossen werden (GKV-Spitzenverband 2018). Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stehen grundsätzlich allen Bewohner\*innen, unabhängig von der Zuordnung zu einer Pflegekasse, offen. Zentral ist, dass die Bewohner\*innen mit ihren Ressourcen und Fähigkeiten bei den Maßnahmen im Mittelpunkt stehen, sie in allen Schritten beteiligt werden und ihre Vielfalt berücksichtigt wird. Die Maßnahmen sind in ein Gesamtkonzept einzubinden und vorhandene Strukturen sollten genutzt werden. Die Fachkräfte, die Maßnahmen durchführen, haben je nach Maßnahme eine bestimmte Qualifikation nachzuweisen.

Von der Förderung ausgeschlossen sind beispielsweise Maßnahmen, die die Pflegeeinrichtungen ohnehin schon präventiv betreiben. Hierzu gehören Maßnahmen der aktivierenden Pflege, individuelle Maßnahmen im Rahmen der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie Maßnahmen der Prophylaxe. Maßnahmen, die in die Zuständigkeiten anderer Leistungsträger\*innen (zum Beispiel Heil- und Hilfsmittel sowie Pflegehilfsmittel) fallen sowie Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände und Mobiliar können nicht finanziert werden. Ebenso sind berufliche Ausbildungen oder Qualifizierungsmaßnahmen ohne Bezug zur Maßnahme oder eine Regelfinanzierung dauerhafter Stellen ausgeschlossen.

## Was sind Gesundheitsförderung und Prävention?

# Förderung DER GESUNDHEIT + DES WOHLBEFINDENS

Für Prävention und Gesundheitsförderung ist es nie zu spät – auch nicht, wenn bereits gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Solange ein Mensch lebt, hat er immer auch gesunde Anteile, die es zu erhalten und zu fördern gilt (Antonovsky 1997). Die Gesundheitsförderung nimmt Ressourcen und Potenziale in den Blick, die der Erhaltung und Förderung der Gesundheit dienen. Dies bezieht sich zum einen auf Individuen, um diesen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, und zum anderen auf die Gestaltung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen. Prävention zielt auf eine Reduktion von Risikofaktoren und krankmachenden Faktoren zur Vermeidung oder Verschlimmerung einer Erkrankung (Walter 2008; bvpG 2008; Walter et al. 2012). Beide Strategien zielen trotz der unterschiedlichen Perspektiven auf eine Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Einzelnen und Gruppen (Walter et al. 2012).

## Zwei wichtige Elemente: Settingansatz und Partizipation

Ein wichtiger Grundgedanke ist, dass die Lebensbedingungen in den Pflegeeinrichtungen vor Ort im alltäglichen Leben nachhaltig und gesundheitsförderlich zu gestalten sind (Setting-Ansatz). „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO 1986, S. 5). Es wird davon ausgegangen, dass in jeder Lebenswelt Potenziale zur Gesundheitsförderung durch verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen möglich sind (Altgeld und Kickbusch 2012). Verhaltensbezo-



genbezogene Maßnahmen möglich sind (Altgeld und Kickbusch 2012). Verhaltensbezo-

gene Maßnahme fokussieren auf eine Verhaltensänderung des Einzelnen, wohingegen verhältnisbezogene Maßnahmen die Gestaltung der Lebensbedingungen, z. B. in Form von Strukturen und Umweltbedingungen, in den Blick nehmen. Mit dem Lebensweltansatz ist ein Organisationsentwicklungsprozess zur systematischen Förderung der Gesundheit, der in der Lebenswelt lebenden Menschen, gemeint (Hartung und Rosenbrock 2015). Dieser Ansatz beinhaltet außerdem eine gezielte Einbeziehung aller an der Lebenswelt beteiligten Gruppen: Der Bewohner\*innen, Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer\*innen sowie Leitungs-, Pflege- und Betreuungskräfte. Diese sind von der Erhebung von Bedarfen, Bedürfnissen und Ressourcen, über die Entwicklung von Zielen und konkreten Maßnahmen bis zur Bewertung der Veränderungsprozesse in den Einrichtungen kontinuierlich und aktiv zu beteiligen (Partizipation).

### Umsetzung in den Pflegeheimen



Das Projekt wurde vom 01.02.2017 bis 31.01.2019 von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) in Kooperation mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. in fünf Einrichtungen in Niedersachsen umgesetzt. Die Gesamtförderung hat die BARMER Niedersachsen/Bremen übernommen. Ziel des Projektes war es, in diesen Einrichtungen einen Analyse- und Entwicklungsprozess zur systematischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung der Bewohner\*innen anzustoßen. Angepasst an die Bedingungen vor Ort sollten bedürfnisorientierte Maßnahmen für die Bewohner\*innen umgesetzt und damit auch die strukturellen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen verändert werden. In diesem Prozess wurden alle Beteiligten, wie zum Beispiel Bewohner\*innen, Angehörige, Leitungs-, Pflege- und Betreuungskräfte, aktiv einbezogen. Die LVG & AFS und der pro familia Landesverbandes Niedersachsen e. V. haben die fünf Einrichtungen in diesem Prozess vor Ort begleitet.

## Vorbereitungsphase – Sensibilisierung von Einrichtungen für das Thema

Die Stadt und die Region Hannover und die Stadt und der Landkreis Hildesheim wurden als Projektregionen festgelegt. Die Einrichtungen dieser Regionen wurden per E-Mail über das Projekt informiert und erhielten die Möglichkeit, sich bei Interesse für das Projekt mit einem kurzen Rückmeldebogen zu bewerben. Unter Berücksichtigung der Vielfalt an Trägern, unterschiedlichen Einrichtungsgößen und städtischer/ländlicher Lage, wurden aus acht Bewerbungen die folgenden fünf Einrichtungen ausgewählt: AWO Residenz Sehnde, Heinemanhof Stadt Hannover, Alten- und Pflegeheim Marienstift Barsinghausen, Christophorusstift Hildesheim und Seniorenresidenz Lindenhof Lehrte.



Abb. 1: Projekteinrichtungen  
(eigene Darstellung)

Im Mai 2017 fand die Auftaktveranstaltung mit Vertreter\*innen der fünf Projekteinrichtungen statt, mit dem Ziel, das Projekt vorzustellen und die Einrichtung besser kennenzulernen. Für jedes Haus wurde eine „Patin“ aus der LVG & AFS und dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. festgelegt, die das Haus über die Projektlaufzeit als Hauptansprechpartnerin begleitet hat.

## Bedarfs- und Ressourcenanalyse

In Vorbereitung auf die Bedarfs- und Ressourcenanalyse fand in jeder Einrichtung ein Patenbesuch statt, um das Haus vor Ort kennenzulernen und um offene Fragen klären zu können. In den Einrichtungen selbst wurde über die direkte Ansprache, ein Plakat und teilweise auch über einen Artikel in der Heimzeitschrift auf das Projekt aufmerksam gemacht.

# BEDARFE ? + BEDÜRFNISSE DER BEWOHNER\*INNEN

Die Bedarfs- und Ressourcenanalyse wurde in den fünf Projekteinrichtungen von Mai bis August 2017 mittels beteiligungsorientierter Fokusgruppen durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden pro Haus jeweils in zwei parallelen Gruppen durchgeführt – in der Gruppe der Bewohner\*innen und Angehörigen und in der Gruppe der Mitarbeitenden. Hintergrund ist, dass davon auszugehen ist, dass zwischen Bewohner\*innen/Angehörigen und Mitarbeitenden Abhängigkeiten bestehen können. Die Auswahl der Beteiligten erfolgte durch die Einrichtungen. Die Beteiligten haben zur Vorbereitung im Vorfeld ein Informationspapier über das Projekt erhalten. In den getrennten Gruppen wurde an den folgenden Fragen gearbeitet:

- I. Was tut der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Bewohner\*innen gut?
- II. Was meinen Sie gibt es davon schon in der Einrichtung?
- III. Wenn es ein gesundheitsförderliches Haus sein soll, was fehlt noch?

Die Teilnehmer\*innen wurden ermutigt, alle Dinge, die ihnen zu den Themen einfallen, frei und ohne Einschränkungen zu nennen, d. h. die Handlungsfelder des Leitfadens wirkten an dieser Stelle nicht limitierend. Die von den Teilnehmenden genannten Themen wurden in Stichworten auf Karten dokumentiert und zum Abschluss in der großen Runde vorgestellt, sodass die getrennt arbeitenden Gruppen jeweils von den Themen der anderen Gruppe erfahren haben. Die Fokusgruppen wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmer\*innen über ein Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet, wodurch die Aufnahme für die Nachbereitung genutzt und weitere Aspekte ergänzt werden konnten. Insgesamt kamen 35 Mitarbeiter\*innen sowie 52 Bewohner\*innen und Angehörige zu Wort und haben lebhaft zu ihren Vorstellungen von Gesundheit und Wohlbefinden diskutiert.

Zusätzlich wurde in einigen Einrichtungen eine Ideenbox aufgestellt, um auch anderen Menschen, die nicht an den Fokusgruppen teilnehmen konnten, eine Möglichkeit zur Beteiligung zu geben. Über diesen Weg wurden nur wenige Themen eingebracht. Zudem wurden zusätzlich einzelne Interviews mit Bewohner\*innen angefragt, wenn die Vermutung bestand, dass diese in der Gruppe nicht freisprechen bzw. nicht ausreichend angehört werden konnten. Diese haben allerdings nicht stattgefunden, da entweder der Gesundheitszustand der\*des Bewohner\*in kein Einzelinterview zugelassen hat oder seitens der Bewohner\*innen keine Notwendigkeit hierfür gesehen wurde.

Von August bis September 2017 wurden die Ergebnisse der Fokusgruppen durch das Team der Mitarbeiterinnen aus LVG & AFS und dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. aufbereitet. Jeweils zu zweit wurden die Daten der einzelnen Fragestellungen in themenbezogenen Maps anonym geclustert und Handlungsfelder benannt (Pelz et al. 2004). Die Vielzahl an Themen der einzelnen Einrichtungen wurde quantitativ und qualitativ zu übergeordneten Handlungsfeldern zugeordnet und strukturiert. Zentral für die Strukturierung war der Leitgedanke der Übersichtlichkeit, da die Daten im weiteren Projekt-

verlauf anonym und transparent zur weiteren Priorisierung in die Einrichtungen getragen wurden.

Von Oktober bis November 2017 wurden diese Ergebnisse den Bewohner\*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden pro Einrichtung in Projektwerkstätten präsentiert und Handlungsfelder ausgewählt, in denen Gestaltungsansätze entwickelt werden sollten. In diesen Werkstätten wurde zunächst wieder in zwei getrennten Gruppen und dann in einer großen Runde zusammengearbeitet. Teilweise wurde über Themen abgestimmt, teilweise war die Priorisierung auch eindeutig. Die Mitarbeiter\*innen der LVG & AFS und des pro familia Landesverbandes Niedersachsen e. V. haben sich bei allen Abstimmungen enthalten.

### Maßnahmenplanung – Entwicklung von Gestaltungsansätzen

## GRÜNDUNG PROJEKTGRUPPE

Die Entwicklung von konkreten Konzepten mit Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Bewohner\*innen erfolgte partizipativ pro Haus in kleineren

Projektgruppen á 6 – 8 Personen ab Januar 2018. Die Projektgruppen waren beteiligungsorientiert ausgerichtet und bestanden mindestens zur Hälfte aus Bewohner\*innen und Angehörigen. Die Patin war bei den Arbeitstreffen anwesend, fungierte aber lediglich als Prozessberaterin. Die Projektgruppen organisierten sich weitestgehend selbst. Für die Umsetzung der Maßnahmen wurden in den Projektgruppen, in Abstimmung mit den Mitarbeiterinnen der LVG & AFS und des pro familia Landesverbandes Niedersachsen e. V., Konzepte erarbeitet.

# AUFBAU NACHHALTIGER STRUKTUREN



Parallel dazu fand ein Netzwerktreffen mit Vertreter\*innen der Modelleinrichtungen und einem Vertreter der BARMER statt, um mit den Projekteinrichtungen gemeinsam eine Zwischenbilanz zu ziehen sowie einen Austausch der Einrichtungen untereinander zu ermöglichen. Zudem wurden die Einrichtungen über den Projektverlauf und themenrelevante Informationen in Form eines anlassbezogenen Newsletters informiert.

## Umsetzung und Evaluation

Von November 2018 bis Januar 2019 haben im Rahmen der Projektgruppen Reflexionsworkshops zur Überprüfung der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen und zur Korrektur ggf. bestehender Fehlentwicklungen stattgefunden. Die Ergebnisse dieses Reflexionsprozesses werden im folgenden Kapitel zusammengefasst. Die Evaluation der vorliegenden Broschüre ist anhand eines Leitfadens im Januar 2019, teilweise von den Projekteinrichtungen, aber auch von zwei stationären Pflegeeinrichtungen, die nicht an dem Projekt beteiligt waren, durchgeführt worden.

Zum Projektabschluss hat im Januar 2019 ein drittes Netzwerktreffen stattgefunden, um einen Austausch unter den Projekthäusern zu ermöglichen, das Projekt abzuschließen und über mögliche weitere Vernetzungen nachzudenken.



## Die Projekteinrichtungen mit ihren Projekten

Alten- und Pflegeheim Marienstift	
Lage	Barsinghausen, Region Hannover
Träger	Verein für Gemeindediakonie Barsinghausen e. V.
Plätze	40
<b>Zusammensetzung der Projektgruppe</b> Bewohner*innen, Einrichtungsleitung, Mitarbeitende	
<b>Handlungsfelder</b> Tagesgestaltung/Struktur/Abwechslung, körperliche Aktivität, Ernährung (Selbstbestimmung, kognitive Ressourcen, seelische und soziale Gesundheit)	
<b>Projekte</b> „Unser Garten – Gesundheitsförderung für unsere Bewohner*innen“ Entwicklung von grünen Stunden mit Bewohner*innen und Schulung der Mitarbeitenden im Bereich der Gartentherapie  „Bewegte Einrichtung“ Schulung von Mitarbeitenden zu bewegungsförderlichen Aktivitäten für Bewohner*innen und Durchführung von Bewegungseinheiten mit Bewohner*innen	

## AWO Residenz Sehnde

Lage	Sehnde, Region Hannover
Träger	AWO Jugend- und Sozialdienste gGmbH
Plätze	116

### Zusammensetzung der Projektgruppe

Bewohner\*innen, Angehörige, Einrichtungsleitung, Mitarbeitende

### Handlungsfelder

Körperliche Aktivität, Ernährung, Tagesgestaltung/Struktur/Abwechslung

### Projekte

*„Darf ich bitten? Tanztee in der AWO Residenz“*

Umsetzung eines regelmäßigen Tanztees unter Berücksichtigung unterschiedlicher Bewohner\*innengruppen und Schulung der Mitarbeitenden im Seniorentanz

## Christophorusstift e. V.

Lage	Stadt Hildesheim
Träger	Christophorusstift gGmbH
Plätze	62

### Zusammensetzung der Projektgruppe

Bewohner\*innen, Angehörige, Pflegedienstleitung, Mitarbeitende

### Handlungsfelder

Tagesgestaltung/Struktur/Abwechslung, seelische und soziale Gesundheit, körperliche Aktivität, Ernährung

### Projekte

*„Förderung von Selbstbestimmung und Partizipationsmöglichkeiten der Bewohner\*innen durch Qualifizierung der Mitarbeiter und Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen“*

Förderung einer gesundheitsfördernden Haltung und Reflexion von Werten und Normen in der Einrichtung

## Heinemanhof Pflegezentrum

Lage	Kirchrode, Stadt Hannover
Träger	Landeshauptstadt Hannover
Plätze	150

### Zusammensetzung der Projektgruppe

Bewohner\*innen, Angehörige, Einrichtungsleitung, Mitarbeitende

### Handlungsfelder

Selbstbestimmung und seelische und soziale Gesundheit

### Projekte

#### „Beauty-Tag“

Etablierung eines regelmäßigen Beauty-Tages insbesondere für Bewohner\*innen mit kognitiven Einschränkungen und Schulung von Mitarbeitenden zur Umsetzung des Beauty-Tages

#### „Die Patenschaft“:

Entwicklung von Patenschaften für neu einziehende Bewohner\*innen durch Bewohner\*innen und Angehörige

#### „Mobil im Stadtbezirk“

Ermöglichung selbstbestimmter Mobilität zur Stärkung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe

## Seniorenresidenz Lindenhof

Lage	Lehrte, Region Hannover
Träger	MEDIKO Pflege- und Gesundheitszentren GmbH
Plätze	99

### Zusammensetzung der Projektgruppe

Bewohner\*innen, Angehörige, Einrichtungsleitung, Mitarbeitende

### Handlungsfelder

Seelische und soziale Gesundheit, draußen sein, Tagesgestaltung/Struktur/Abwechslung

### Projekte

„*Psychosoziale Gesundheit durch aktive und selbstständige Alltagsgestaltung*“  
 Etablierung von Einkaufsnachmittagen auch für mobilitätseingeschränkte Bewohner\*innen, „Unser Garten – Gesunde Lebenswelt“ Schaffung neuer Aufenthaltsmöglichkeiten durch die Aktionswoche unter Mitgestaltung der Bewohner\*innen, Umgestaltung und Flexibilisierung von Räumlichkeiten und Gewinnung von Ehrenamtlichen über Aktionstage und ein Mitmach-Buch

## Der Prozess als gesundheitsförderliche Maßnahme Das Erleben der Beteiligten in den Projekteinrichtungen

In allen fünf Einrichtungen fand in der letzten gemeinsamen Sitzung von Projektgruppe und Patin eine Reflexion des bisherigen Projektverlaufs statt. Mit offenen Fragestellungen wurde die mit Beschäftigten, Bewohner\*innen und Angehörigen gemeinsam durchgeführte Reflexionsrunde eröffnet. Dabei standen die Zufriedenheit mit dem Projekt, die dadurch ausgelösten Veränderungen im Haus und persönliche Erfahrungen im gesamten Prozess im Fokus. Die Beteiligten wurden auch nach Tipps für andere Einrichtungen und ihren weiteren Perspektiven bezüglich der Gesundheitsförderung von Bewohner\*innen befragt.

Die Ergebnisse wurden zunächst einrichtungsbezogen ausgewertet und dann zusammengeführt. Dabei standen positive Erfahrungen sowie Herausforderungen und Hemmnisse im Vordergrund. Es wurden jedoch auch allgemeine Erfahrungen im Sinne von Anregungen für die weitere Arbeit formuliert.

## Positive Erfahrungen

### Perspektive der Mitarbeiter\*innen

Aus der Perspektive der Mitarbeiter\*innen waren die Bewohner\*innen und Angehörigen im Verlauf des Projekts mehr in den Fokus gerückt und war mehr Zeit direkt für die Bewohner\*innen für ihre persönlichen und körperlichen Belange aufgewendet worden. Dabei gab es ganz unerwartete Erfahrungen wie folgende Zitate belegen:



„ *Ich bin überrascht, dass so viele Bewohner, von denen man es nicht denkt, einfach mitmachen!*

„ *Es ist interessant, wie viel Wissen die Bewohner haben.*

Auch war es überraschend und zugleich schön zu sehen, dass in einem Haus ganz deutlich Bewohner\*innen, Angehörige und Mitarbeitende dieselben Einstellungen hatten. In der Beobachtung der Bewohner\*innen stellten die Mitarbeiter\*innen fest, dass sie die Ergebnisse im Projekt gut herausgearbeitet haben. Auch die eigene berufliche Rolle wurde reflektiert:

„ *Wir sind Dienstleister.*

Die Bewohner\*innen sind wichtig; sie sollen sich wohlfühlen. Es sei nicht gut, über die Köpfe der Bewohner\*innen hinweg zu entscheiden.

Ein Einrichtungsleiter meinte dazu:

„ *Bewohner werden gehört und ihre Vorschläge und Wünsche umgesetzt. Herrlich!*

In einer Einrichtung wurde auch die Offenheit der Heimleitung hervorgehoben.

Die Mitarbeiter\*innen reflektierten, dass sie selbst mit den Veränderungen gut zurechtkommen und auch ihren Spaß dabei haben. In einem Projekthaus wurde berichtet, dass Mitarbeiter\*innen begeistert waren. Durch das Projekt konnten die gegenseitige Wahrnehmung sowie die Zusammenarbeit verbessert werden.

„ Man ist zusammengerückt.

„ Es ist ein „Wir-Gefühl“ entstanden.

Die Bewohner\*innen haben sich auch über Wohnbereiche hinaus besser kennengelernt. Es ist mehr Kontakt untereinander entstanden. Auch unter den Mitarbeitenden hat sich der Kontakt verbessert und die Hemmschwelle in der Kommunikation „von Küchenhilfe bis Einrichtungsleitung“ hat sich verbessert. Zugleich wurde durch das Sammeln von Maßnahmen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden von Bewohner\*innen in den Blick nehmen, den Einrichtungen selbst deutlich, wie viel sie in diesem Bereich schon umsetzen.

### Perspektive der Bewohner\*innen

Aus der Perspektive der Bewohner\*innen stand das positive Erleben, dass ihre Vorschläge und Wünsche angehört und umgesetzt wurden, im Vordergrund. Das Projekt habe zu einer „tollen Kommunikation untereinander“ beigetragen und es gab überraschend viele Ideen der Bewohner\*innen. Der Kontakt untereinander ist enger geworden und es wird mehr miteinander gesprochen.

Als besonders großer Erfolg des Projektes zählt, dass sich Bewohner\*innen mehr untereinander helfen und sie beispielsweise Botengänge für andere übernehmen.

„ Wir sind kleine Pflegerlein.

„*Ich bin ja noch sehr mobil. Das ist für mich kein Problem auch mal für jemanden zum Aldi zu gehen.*

Insgesamt wäre es durch das Projekt zu einer höheren Beteiligung der Bewohner\*innen gekommen. Es konnte sich im Prozess die Kreativität der Bewohner\*innen und der Projektgruppe entfalten.

Eine weitere positive Erfahrung von Bewohner\*innen war, dass eigene Anliegen immer mit der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung geregelt werden können.

### Projektbezogene Erfahrungen

Bezogen auf das jeweilige Projekt bzw. die jeweiligen Maßnahmen, die sich zum Zeitpunkt der Reflexion in unterschiedlichen Umsetzungsphasen befanden, gab es viele positive Rückmeldungen von den Mitarbeitenden oder den Bewohner\*innen und Angehörigen. Viele Ideen wurden im Verlauf des letzten Projektjahres bereits als konkrete Intervention direkt umgesetzt. Dabei wurden Maßnahmen über die beantragten und geförderten hinaus in die Praxis eingeführt, sozusagen zusätzlich und nebenbei.

„*Ich hätte nicht gedacht, dass ich noch einmal Walzer tanzen würde.*

So äußert sich eine Teilnehmerin des Projektes „Darf ich bitten?“. Das Tanzangebot wird von sehr vielen in Anspruch genommen und gerade auch neue Bewohner\*innen können gut eingebunden werden. Es ist ein besonderes Angebot, dass aus dem Rahmen anderer Angebote im Haus heraussticht. Die Erinnerung an gute Zeiten wurde geweckt – auch an traurige Zeiten.

„*Es darf auch mal eine Träne fließen.*

Es wurde beobachtet, dass sich die Beweglichkeit verbessert hat und das Vertrauen in den eigenen Körper gewachsen ist. Auch die Stimmung, sogar noch am Tag danach, ist eine ganz besondere.

„ *Ich fühle mich zum Leben wiedererweckt.*

Meinung einer Bewohnerin.

Die Erfahrung in einer weiteren Einrichtung war, dass ganz normale häusliche Tätigkeiten mehr ins Bewusstsein gerückt sind. Es sind u. a. mehr Bewegungsmöglichkeiten für die Bewohner\*innen in der Einrichtung entstanden und eine bessere Nutzung vorhandener Räume geschaffen worden. Beim „Patenschaftsmodell“ haben sich die Beteiligten darüber gefreut, mal etwas ganz anderes ausprobieren zu können. Vom „Beautytag“ ist eine Fotoreihe von den Aktivitäten entstanden.

„ *Wer hätte das gedacht, dass aus einer Haarspange so ein Tag wird!*

Das „Gartenprojekt“ hat viele zur Beteiligung angeregt. „Ich freue mich, dass ich mich betätigen kann“, sagte eine Bewohnerin und eine andere äußerte sich zum neuen Hochbeet:

„ *Man kann hingucken, es blüht, man freut sich.*

Über den unmittelbaren Erfolg der Projekte hinaus, wird von den Beteiligten die große Nachhaltigkeit der Maßnahmen hervorgehoben.

„ *Das Programm ist eine runde Sache – eine 100%-ige Sache.*

„ *So ein Projekt mache ich gerne wieder!*

### Externe Fachbegleitung

Die Fachbegleitung durch die LVG & AFS und pro familia Niedersachsen bewerten die beteiligten Pflegeheime positiv. Sie haben sich durch die kontinuierliche Begleitung mit ihren Vorhaben nicht allein gefühlt sowie die gute Anleitung und Unterstützung beispielsweise bei der Formulierung von Anträgen wertgeschätzt. Durch die externe Begleitung besteht „der Druck sich kontinuierlich mit dem Thema zu beschäftigen“. „Alleine macht man es nicht“, äußerte sich eine Mitarbeiterin.

### Herausforderungen und Hemmnisse

#### Ressourcen

Nur begrenzt zur Verfügung stehende zeitliche Ressourcen stellten die größte Herausforderung für die beteiligten Einrichtungen dar. Von einigen der Projekthäuser wird geäußert, dass das Projekt im gesamten Verlauf einen hohen personellen Aufwand voraussetzt. Im Alltag der Pflegeheime gibt es jedoch häufig Anlässe, die zu unvorhergesehenen Unterbrechungen führen. In einem Haus „war der Start schleppend“. Die Themenfindung und -eingrenzung wurde ebenso als herausfordernd empfunden. Auch die Dauer für die Durchführung eines partizipativ gesteuerten Projektes wird als Herausforderung wahrgenommen. Es ist „ein langer Atem notwendig“ und es vergeht „lange Zeit von der Entscheidung bis zur Umsetzung“. Eine Einrichtungsleitung meint, vor dem Hintergrund der notwendigen Ressourcen:

„*Ich weiß nicht, ob ich es noch einmal machen würde.*

– zugleich betont sie das tolle und lohnende Ergebnis. Pflegemitarbeiter\*innen würden auch gerne Aktivitäten übernehmen, haben jedoch keine Ressourcen dafür.

Die Beteiligten in den Pflegeheimen möchten trotz des personellen Einsatzes das Projekt weiterführen. Sie benötigen vielfach mehr Zeit für die Durchführung und Evaluation.

Aus Sicht der Projektbegleitung wird empfohlen, eine Ansprechperson als Projektleitung zu benennen und dieser Person auch entsprechende Ressourcen für diese Aufgabe zur Verfügung zu stellen.

### Partizipationsansatz

Der Partizipationsansatz fand in den Projekthäusern breite Zustimmung. Es gab jedoch eine Diskussion darüber, ob die Teilnehmer\*innen der Projektgruppe überhaupt alle Bewohner\*innen vertreten können. Dazu eine Aussage:

„*„Schwierig war es manchmal, wenn Bewohner Ideen geäußert haben, gegenüber anderen Bewohnern zu vermitteln, dass es nicht nur um sie selbst geht, sondern um die gesamte Bewohnerschaft.“*

In der Zusammenarbeit mit Bewohner\*innen werden kleine Gruppen in der Größe von maximal zehn Personen empfohlen. Es wird die Frage gestellt, wie man schneller ins Handeln kommen kann und ob ggf. andere Methoden die Bewohner\*innen mehr ansprechen. Um die Bewohner\*innen zu motivieren, für das Projekt zu gewinnen und auch halten zu können, melden die Einrichtungen zurück, dass zeitnahe und konkrete Schritte zu empfehlen sind. Weitere Methoden könnten beispielsweise Bildabfragen bei Bewohner\*innen zu gesundheitlichen Themen sein. Bei dieser Methode ist jedoch zu beachten, dass durch die Vorgabe von Bildern die Themenwahl schon im Vorfeld beeinflusst wird.

### Neuland Förderung präventiver Maßnahmen

Hemmend und herausfordernd wird der Beantragungsprozess bis zu einer Projektförderung wahrgenommen. Ein Einrichtungsleiter äußerte sich so:

„*Die Antragsstellung ist eine totale Herausforderung.*

In einem Projekthaus wird kritisiert, dass lange Zeit eine Ungewissheit über förderfähige Maßnahmen bestand und am Ende viele der Ideen nicht umsetzbar waren. Die Wahrnehmung ist jedoch, auch abhängig von Thema und Idee, von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich. In einem anderen Pflegeheim wird ein „schneller Prozess vom Gedanken bis zur Umsetzung“ beschrieben.

### Erfahrungen und Anregungen

#### Förderliche Faktoren allgemein

Den Erfahrungen der Projektbeteiligten nach sei es sehr wichtig miteinander, auch bereichsübergreifend, zu reden und dabei frei zu denken „ohne Grenzen im Kopf“. Auch über die Startphase hinaus war ein regelmäßiger Ideenaustausch sehr positiv. Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen war die positive Einstellung der Hausleitung gegenüber dem Projekt und eine Vermittlung des Vorhabens gegenüber dem Einrichtungsträger. Förderlich für den weiteren Prozess war die Schaffung einer wertschätzenden Atmosphäre, die sich beispielsweise durch gegenseitiges Zuhören und ernst nehmen ausdrückt. Wichtig ist auch, dass die Mitarbeiter\*innen einer Einrichtung das Projekt und die umzusetzenden Maßnahmen mittragen. Eine Idee war beispielsweise mit einem Aushang alle im Haus lebenden und arbeitenden Menschen regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen zu informieren. Die Mitglieder der Projektgruppe sollten bestenfalls durch kurze Sitzungsprotokolle alle Ergebnisse vorliegen haben. Dabei galt auch zu bedenken, dass die Zusammensetzung der Projektgruppe etwas variieren kann.

Der partizipative Ansatz bot eine gute Möglichkeit das bestehende Angebot in der Einrichtung zu überprüfen, das eigene Handeln zu hinterfragen und bestehende Strukturen zu reflektieren. In der Folge verändert sich die Sicht auf die Bewohner\*innen des Hauses und es werden auch diejenigen mit besonderen Einschränkungen mit bedacht.

Obwohl der Prozess manchmal nur zähflüssig verlief, waren die gründlichen Überlegungen wichtig, was das Richtige für die Einrichtung ist. Das Projekt ist deshalb so erfolgreich geworden, weil es insgesamt gut durchdacht war. Eine Einrichtungsleitung ergänzt dazu: „So ein Projekt ist auch ein Kostenfaktor; das läuft nicht so nebenher...“

Bei den Projekten ging es im Kern darum, Anregungen für die Bewohner\*innen zu schaffen und an Vertrautes anzuknüpfen. Dabei galt die Maxime: „Jeder kann, keiner muss.“ Interessant ist es die Gruppendynamik bei den Maßnahmen zu beobachten und im weiteren Verlauf zu nutzen: „Einer fängt an, andere machen mit“. Motivierend für alle ist der Ausspruch einer Einrichtungsleitung:

„Mutig sein! Es lohnt sich auf jeden Fall!“

### Perspektiven

Zunächst waren sich alle Beteiligten darin einig, dass die Maßnahmen und Veränderungen gut genutzt und weitergeführt werden sollen. Laufende Projekte werden zunächst in den Alltag gebracht, bevor neue angeschoben werden.



„Zunächst genießen was wir Neues haben.“

Die Projektgruppen sollen in allen fünf Häusern für weitere Planungen und Maßnahmen beibehalten werden. „Wichtig ist es im Gespräch zu bleiben“, sagt eine Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes. „Der Tanztee bleibt, solange wir damit Erfolg haben“. Dabei sollte im Blick behalten werden, wie die Maßnahmen laufen und was sich daraus auch längerfristig entwickelt. Auch der Austausch mit anderen Einrichtungen half bei dem Thema „Prävention und Gesundheitsförderung von Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen“ sehr.

Darüber hinaus gab es aber auch weiterführende Ideen.

„ *Das Projekt hat es ins Rollen gebracht: Was kann ich noch machen?*

„ *Ich hätte noch so viele Ideen!*

Eine Einrichtung denkt bereits an eine konkrete Maßnahme:

„ *Tanztee wäre eine schöne Idee.*

In einem anderen Haus heißt es:

„ *Unser nächstes Thema lautet: Die Kommunikation mit Bewohner\*innen mit Sinneseinschränkungen verbessern.*

Abschließend soll die Äußerung einer Bewohnerin zitiert werden:

„ *Ich will meinen Lebensstil erhalten und auf meine Gesundheit achten.*

**i**

Abschließend konnte festgestellt werden, dass der Prozess als solches für alle Beteiligten gesundheitsförderliche Auswirkungen hat. Beteiligt sein, sich kreativ einzubringen und mitwirken zu können, fördert die Gesundheit. Zudem wurden auch neben den beantragten Maßnahmen viele weitere Maßnahmen in den Häusern angeschoben.

## Handlungsfelder, Partizipation und sensible Themen

Der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes definiert fünf Handlungsfelder, in denen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung umgesetzt werden sollen. Dies sind Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt (siehe Abschnitt Hintergrund und rechtliche Rahmenbedingungen). Die Bedarfserhebungen der beteiligten Pflegeeinrichtungen zeigen hingegen eine stärkere Ausdifferenzierung der gesundheitsrelevanten Handlungsfelder. Es kristallisieren sich zusätzlich Selbstbestimmung, Tagesgestaltung und Struktur, Draußen-Sein, Informiert-Sein, professionelle Betreuung und Versorgung sowie Schlaf als wichtige Bereiche heraus, die das Wohlbefinden und die Gesundheit fördern.

Zwei Aspekte fallen bei den Bedarfserhebungen der beteiligten Pflegeeinrichtungen auf:

- I. Sowohl die Gruppen der Bewohner\*innen und Angehörigen, als auch die der Beschäftigten benennen keine gesundheitsfördernden Aspekte und Bedarfe, die sich eindeutig den beiden Handlungsfeldern Gewaltprävention und kognitive Ressourcen zuordnen lassen.
- II. Obwohl in den Handlungsfeldern psychosoziale Gesundheit und Selbstbestimmung vielfach Bedürfnisse nach Nähe, Intimität, Körperkontakt, Sexualität, Partnerschaft und Privatheit aufgeführt werden und hier Handlungsbedarf gesehen wird, hat sich keine Einrichtung für die Umsetzung einer Maßnahme gezielt zu diesem Thema entschieden.

Warum erhalten in diesem Projekt diese Themenbereiche relativ wenig Beachtung? Natürlich könnte dies Zufall sein. Oder es könnte damit zusammenhängen, dass in den Projekteinrichtungen der konkrete Handlungsbedarf in einem der anderen Gesundheitsfelder, wie z. B. Ernährung oder Bewegung, tatsäch-

lich höher ist. Da es sich aber bei Gewalt, dem Verlust kognitiver Ressourcen sowie Intimität und Sexualität um sehr sensible und teilweise tabuisierte Themen handelt, kann angenommen werden, dass eine systematische Beschäftigung hiermit bewusst oder unbewusst vermieden wird.

Auch das partizipative Vorgehen in diesem Projekt kann dazu beitragen, dass wichtige Aspekte und Bedarfe nicht benannt und für ein gezieltes Bearbeiten ausgewählt werden. Beispielsweise können Abhängigkeitsverhältnisse dazu führen, dass Bewohner\*innen mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Gewalt durch das Pflegepersonal nicht zur Sprache bringen, wenn in den gemischten Arbeitsgruppen auch Beschäftigte der Einrichtung vertreten sind. Das Gleiche gilt für Pflegekräfte, die vermeiden möchten, ihre Kolleg\*innen durch das Benennen von Problemen oder Missständen in Schwierigkeiten zu bringen oder das Haus nach außen in ein schlechtes Licht zu setzen. Manche Bedürfnisse, z. B. nach körperlicher Nähe oder Sexualität, sind zu schambesetzt, um sie in der Gegenwart der in der Arbeitsgruppe anwesenden Angehörigen oder gegenüber anderen Bewohner\*innen zu äußern. Der Verlust der kognitiven Fähigkeiten sowie Depressionen oder Süchte können ebensolche Themen sein.

Die Erfahrungen in dem Projekt Gesundheitsförderung für Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen geben einen Hinweis darauf, dass ein anderes Vorgehen in Pflegeeinrichtungen geeigneter erscheint, um präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen in sensibleren Handlungsfeldern und tabuisierten Themenbereichen zu entwickeln und umzusetzen.

## Literatur

**Altgeld, T. und Kickbusch, I. (2012).** Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3 Auflage. München. Elsevier GmbH. S. 187-195

**Antonovsky, A. (1997).** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen. Dgvt-Verlag

**BVPG (2018).** Statusbericht 16. Dokumentation der Statuskonferenz 2017 „Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege“

**BVPG (2008).** Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte. Empfehlungen der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. Abgerufen von: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=d0650eb43140a33a468cca1edc568f5c> (Stand 18.04.2019)

**Destatis (2017).** Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> (Stand 03.12.2018)

**Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung**  
Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015

**GKV-Spitzenverband (2018).** Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Abgerufen von: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden\\_Praevention\\_2018\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf) (Stand 18.04.2019)

**Hartung, S. und Rosenbrock, R. (2015).** Settingansatz/Lebensweltansatz. Abgerufen von: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> (Stand 18.04.2019)

**LSN - Landesamt für Statistik Niedersachsen (2017).** Statistische Berichte Niedersachsen. K II 6 - j / 2015. Gesetzliche Pflegeversicherung. Ergebnisse der Pflegestatistik 2015. Korrigierte Fassung vom 01.08.2017

**Pelz, C., Schmitt, A., Meis, M. (2004).** Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 5(2), Art. 35. Abgerufen von: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402351> (Stand 18.04.2019)

**Walter, U. (2008).** Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. S. 245-262

**WHO (1986).** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Abgerufen von: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (Stand 18.04.2019)

**Walter, U., Robra, B.-P., Schwartz, F. W. (2012).** Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage. München. Elsevier GmbH. S. 196-222

## Zum Weiterlesen

**Abbott, R.A., Whear, R., Thompson-Coon, J., Ukoumunne, O.C., Rogers, M., Bethel, A., Hemsley, A., Stein, K. (2013).** Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews* 12(4), 967–981. DOI: 10.1016/j.arr.2013.06.002.

**Dierks, M. L., Seidel, G., Vanheiden, T. (2016).** Möglichkeiten der Gesundheitsförderung von Heimbewohnern in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz. 15 Bände. Norderstedt: GRIN

**Bird, M., Anderson, K., Macpherson, S., Blair, A. (2016).** Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality for life people with dementia? A systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics* 28(12), 1937–1963. DOI: 10.1017/s1041610216001083

**Blättner, B., Wöhl, C., Siebert, H. (2017).** Verbessert körperliche Aktivität die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens? Ansatzpunkt universeller Prävention in der stationären Pflege. *Pflegewissenschaft* 1/2-2017: 96 - 103

**Douglas, J.W., Lawrence, J. C. (2015).** Environmental Considerations for Improving Nutritional Status in Older Adults with Dementia: A Narrative Review. In: *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 115 (11), S. 1815–1831. DOI: 10.1016/j.jand.2015.06.376

**Görres, S., Schmitt, S., Neubert, L., Zimmermann, M., Stolle, C. (2013).** Prävention in der Pflege - Maßnahmen und ihre Wirksamkeit. Erarbeitung einer systematischen Übersicht vorhandener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. IPP Universität Bremen und Mathias Hochschule Rheine. Abgerufen von: [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_Praevention\\_Pflege\\_Massnahmen\\_Wirksamkeit.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Praevention_Pflege_Massnahmen_Wirksamkeit.pdf) (Stand 01.05.2017)

**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 für Qualität in der Pflege, November 2013. Abgerufen von: <https://www.zqp.de/portfolio/report-gewaltpraevention-in-der-pflege> (Stand 18.04.2019)

**Schoberer, D., Leino-Kilpi, H., Breimaier, H.E., Halfens, R.J., Lohrmann, C. (2016).** Educational interventions to empower nursing home residents: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Aging* 11, 1351–1363. DOI: 10.2147/cia.s114068

**Schmitt, S. (2013).** Gesundheitsförderung für Pflegeheimbewohner? Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*. Mai 2013. Volume 8. Issue 2. S. 78-82. DOI: 10.1007/s11553-012-0367-9

**Wöhl, C., Richter, S., Blättner, B. (2018).** Kognitive Interventionen in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen. *ZGerontolGeriatr*, 51(6), 656-665

## Beispielhafte Praxisprojekte

„MAKS aktiv!“ ist ein Forschungsprojekt des Universitätsklinikums Erlangen mit der Diakonie Neuendettelsau, in dem die Wirkung eines multimodalen Förderungsprogramms für Menschen mit Demenz erforscht wird. Die Abkürzung „MAKS aktiv!“ steht für motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie für Menschen in Pflegeheimen, die von Gedächtnisstörungen betroffen sind.

<http://www.maks-aktiv.de>

Der „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ richtet sich an Einrichtungs- und Küchenleiter\*innen mit dem Ziel, die Verpflegung der Bewohner\*innen zu optimieren und somit deren Wohlbefinden und die Lebensqualität zu erhalten.

<https://www.dge-medianservice.de/>

[dge-qualitaetsstandard-fur-die-verpflegung-in-stationaeren-senioreneinrichtungen.html](https://www.dge-medianservice.de/dge-qualitaetsstandard-fur-die-verpflegung-in-stationaeren-senioreneinrichtungen.html)

„fit für 100 – Bewegungsangebote für Ältere und Hochaltrige“ ist ein Seniorensportprojekt zur Förderung der Mobilität und Selbstständigkeit aller Senioren ab 60, speziell aber auch für Menschen des vierten Lebensalters (80+).

<https://www.ff100.de>

Als innovatives Pilotprojekt kommt die „MemoreBox“ bisher in Hamburger Pflege- und Altenheimen zum Einsatz. Mit diesem digitalen Medium können Senioren ihre geistige und körperliche Fähigkeit gleichermaßen fördern. Auch der Spaß kommt dabei nicht zu kurz!

<https://www.barmer.de/gesundheit/praevention/individuelle-gesundheit/senioren-aktiv-25746>





