

Laura Luise Bischoff
Ann-Kathrin Otto
Bettina Wollesen *Hrsg.*

Gesundheits- förderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim

Praktische Umsetzung
für Führungskräfte

Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim

Laura Luise Bischoff · Ann-Kathrin Otto ·
Bettina Wollesen
(Hrsg.)

Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit im Pflegeheim

Praktische Umsetzung für
Führungskräfte

 Springer

Hrsg.

Laura Luise Bischoff
Gesundheitswissenschaft
Fakultät für Psychologie und
Bewegungswissenschaft
Universität Hamburg
Hamburg, Deutschland

Ann-Kathrin Otto
Bewegungs- und Trainingswissenschaft
Fakultät für Psychologie und
Bewegungswissenschaft
Universität Hamburg
Hamburg, Deutschland

Bettina Wollesen
Bewegungs- und Trainingswissenschaft
Fakultät für Psychologie und
Bewegungswissenschaft
Universität Hamburg
Hamburg, Deutschland

ISBN 978-3-662-67019-4 ISBN 978-3-662-67020-0 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-67020-0>

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2023

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Sarah Busch

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Seit Einführung des neuen Präventionsgesetzes 2015 entstanden viele neue Programme zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Pflegebedürftigen in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Kognition, psychosoziales Wohlbefinden und Gewaltprävention.

Bedeutsam für die Pflegequalität ist jedoch auch der Gesundheitszustand des Pflegepersonals: So ist u. a. bekannt, dass Stress vermehrt Pflegefehler induziert und Arbeiten unter Zeitdruck dysfunktionale Bewegungsmuster provoziert, die zu Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems führen.

Die COVID-19-Pandemie offenbarte zuletzt besonders eindrücklich die prekären Arbeitsbedingungen von Pflegekräften mit ihren negativen Auswirkungen auf die Pflegeinteraktionen und verdeutlichte zudem die Notwendigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen in verschiedenen Pflege-settings.

Der Aufbau von Gesundheitsressourcen bei Pflegebedürftigen und betreuenden Fachkräften ist somit wichtiger denn je. Gleichzeitig ist es im Pflegealltag häufig schwer, die Motivation der Beschäftigten zur Teilnahme an vorhandenen Präventionsangeboten zu erzeugen. Oftmals werden vorhandene Probleme ausschließlich durch den Personalmangel erklärt und innovative Umsetzungsideen fehlen. Somit bleibt der notwendige körperliche und psychische Ressourcenausbau der Pflegekräfte aus.

Akteurinnen und Akteure aus Praxis und Forschung der Präventionsarbeit beschäftigen sich dabei mit Aspekten zur Optimierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Hierzu gehört die Auseinandersetzung mit verschiedensten Fragestellungen wie z. B.: „Eignen sich digitale Interventionsmaßnahmen zur individuellen Gestaltung und Anpassung an die Bedürfnisse der Personen besser als herkömmliche Präventionskurse?“ „Braucht es Maßnahmen zur individuellen Sinnfindung, um Teilnahmehürden zu überwinden?“ Oder: „Müssen Organisationsstrukturen hin zu gesundheitsförderlichen Organisationen angepasst werden?“ „Welche weiteren Faktoren sind zu berücksichtigen, damit Gesundheitsförderung in Pflegesettings gelingen kann?“.

Viele Modellprojekte unterschiedlichster Krankenkassen griffen in den letzten Jahren diese Fragen auf, mit dem Ziel, Lösungsansätze für zukünftige Präventionsarbeit im Setting Pflege zu gestalten. Im Rahmen dieses praxisorientierten Buches werden vornehmlich die zugehörigen aktuellen

wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Praxisprojekten in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) aufgearbeitet. Die einzelnen Kapitel beschreiben handlungsorientiert, welche Inhalte bei der Einführung und Umsetzung von Maßnahmen berücksichtigt werden sollten, kombiniert mit alltagsnahen Fallbeispielen und praktischen Tipps.

Hierbei adressiert der erste Teil dieses Herausgeberwerkes zunächst die Situation der Pflegekräfte mit zugehöriger Präventionsarbeit im Rahmen z. B. des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Der zweite Teil fokussiert Umsetzungsideen für Pflegebedürftige zu den 5 Handlungsfeldern des GKV-Leitfadens *Prävention in der stationären Altenpflege* mit „Ernährung“, „Bewegung“, „Kognition“, „Psychosoziales Wohlbefinden“ und „Gewaltprävention“.

Alle Kapitel dieses Buches sind von Expertinnen und Experten geschrieben, die zugehörige Ideen auch in verschiedenen Pflegeeinrichtungen umsetzen konnten. Die gesammelten Erfahrungen aus der Praxis sind daher im letzten Kapitel des Buches noch einmal gebündelt dargestellt und zeigen auf, welche Möglichkeiten in der Umsetzung gezielt Hürden oder Barrieren für Präventionsarbeit reduzieren.

Ich wünsche daher im Namen der Herausgeberinnen sowie der Autorinnen und Autoren viel Spaß beim Lesen und hoffe darauf, dass unser Buch dazu beiträgt, noch mehr Pflegeeinrichtungen für eine Umsetzung zielorientierter, bedarfsgerechter Präventionsarbeit zu begeistern!

Hamburg
August 2023

Prof. Dr. Bettina Wollesen

Inhaltsverzeichnis

1	Das Pflegeheim: eine gesundheitsfördernde Organisation?	1
	Bettina Wollesen, Ann-Kathrin Otto und Laura Luise Bischoff	
2	Gesundheitliche Belastungsfaktoren von Pflegekräften	19
	Ann-Kathrin Otto und Luis Heuel	
3	Ressourcen des Pflegepersonals	31
	Laura Luise Bischoff, Ann-Kathrin Otto, Nale Lehmann-Willenbrock und Bettina Wollesen	
4	Teams in Pflegeeinrichtungen	45
	Nale Lehmann-Willenbrock und Svea Lübstorf	
5	Gesundheitsfördernde Maßnahmen zum Ausbau physischer Ressourcen von Pflegepersonal	57
	Ann-Kathrin Otto, Julia Katharina Gräf und Bettina Wollesen	
6	Gesundheitsfördernde Maßnahmen zum Ausbau psychischer Ressourcen von Pflegepersonal	67
	Luis Heuel und Laura Luise Bischoff	
7	Entwicklung organisationsstruktureller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Pflegekräfte.	81
	Nadine Pieck	
8	Digitale und technische Unterstützungssysteme zur Gesundheitsförderung in der Pflege	97
	Andreas Argubi-Wollesen und Bettina Wollesen	
9	Gesundheitskompetenz im Kontext der Gesundheitsförderung von Auszubildenden in der Pflege	111
	Gerrit Stassen, Hannes Baumann und Andrea Schaller	

10 Körperliche Leistungsvoraussetzungen und Einschränkungen von Pflegeheimbewohnenden	125
Oliver Vogel, Madeleine Fricke, Thomas Cordes, Ann-Kathrin Otto und Bettina Wollesen	
11 Aspekte psychischer Gesundheit in der Präventionsarbeit mit Pflegebedürftigen	139
Bettina Wollesen, Melanie Mack, Jelena Krafft, Janina Krell-Rösch und Claudia Voelcker-Rehage	
12 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Ernährung	159
Anja Schindhelm und Kimberly Wunderlich	
13 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Bewegung und körperliche Aktivität	169
Claudia Voelcker-Rehage, Tanja Inga Janssen, Thomas Cordes und Bettina Wollesen	
14 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Kognition	195
Jelena Krafft, Janina Krell-Rösch, Sandra Trautwein, Bettina Barisch-Fritz, Andrea Scharpf, Bettina Wollesen und Alexander Woll	
15 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Psychosoziales Wohlbefinden	209
Eva Jansen, Bettina Wollesen und Annett Horn	
16 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen nach dem Leitfaden Prävention: Gewaltprävention	219
Anna Dammermann, Anja Bieber, Kristin Schultes, Gabriele Meyer, Sascha Köpke und Marco Sander	
17 Gesundheitsförderungsprogramme für Pflegebedürftige: Multimodale Umsetzungsbeispiele	235
Oliver Vogel, Madeleine Fricke und Bettina Wollesen	
18 Erfolgsfaktoren zur Umsetzung von Interventionsmaßnahmen im Setting Pflege	251
Bettina Wollesen, Ann-Kathrin Otto, Luis Heuel, Madeleine Fricke, Oliver Vogel und Laura Luise Bischoff	

Autorenverzeichnis

Dr. Andreas Argubi-Wollesen (Research & Development, exoIQ GmbH) arbeitet in der Entwicklung von Exoskeletten zur Reduktion körperlicher Beschwerden an industriellen Arbeitsplätzen. Von 2015 bis 2020 war er Mitglied der BMBF-geförderten Nachwuchsforschergruppe smartASSIST der Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr in Hamburg, die die Potenziale körpergetragener Unterstützungssysteme von Pflege- bis hin zu Industriearbeitsplätzen untersuchte. Schwerpunkt seiner Arbeit ist die konstruktive Auslegung von Exoskeletten auf Basis ergonomischer Bedarfsanalysen sowie deren biomechanische Evaluation im Anwendungskontext.

Dr. Bettina Barisch-Fritz ist Akademische Mitarbeiterin am Institut für Sport und Sportwissenschaft am Karlsruher Institut für Technologie (KIT). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Trainings- und Bewegungswissenschaften und deren Anwendung bei älteren Personen mit demenziellen Erkrankungen. Hierzu erforscht sie die Entwicklung und den Einsatz digitaler Lösungen zur individualisierten Trainingssteuerung sowie die Wechselwirkungen zwischen Menschen und Technik mit Fokus auf User Experience. Aktuell ist sie in verschiedene Studien am KIT wie InCoPE und JuBot eingebunden.

Dr. Hannes Baumann (StEX) lehrte und promovierte von 2019 bis 2023 an der Universität Hamburg zum Thema „Individualisierung von digitalen Gesundheitsanwendungen“ und ist seit Oktober 2022 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institute of Interdisciplinary Exercise Science and Sports Medicine an der Medical School Hamburg. Für seine Lehrtätigkeit an der Universität Hamburg wurde er 2021 mit dem Hamburger Exzellenzpreis der Lehre ausgezeichnet. Neben der Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen (Teach-Projekt) bilden die Weiterentwicklung von sensorbasierten mHealth Technologien im Pflegesetting (DiCiS Projekt) und die digitale familiäre Gesundheitsförderung (Caspar-Projekt) weitere Forschungsschwerpunkte von Herrn Baumann.

Dr. Anja Bieber (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) bearbeitet insbesondere Themen der Pflege und Versorgung bei Demenz mit dem Schwerpunkt der Partizipation von Menschen mit Demenz in Forschungsvorhaben.

Laura Luise Bischoff (M.A.) arbeitet und lehrt seit 2016 am Institut für Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Gesundheits- und Bewegungsförderung, wobei ihr besonderes Interesse dem Zusammenhang zwischen Bewegung und Stress bzw. psychischer Gesundheit gilt. Von 2017 bis 2021 übernahm sie die Projektkoordination des bundesweiten Modellprojektes PROCARE – Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.

Jelena Krafft (M.Sc.) ist Akademische Mitarbeiterin am Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT). Ihr Forschungsschwerpunkt ist das Thema „Gesundes Altern“ mit Fragestellungen zu Bewegung und Sturzprävention bei Personen mit und ohne Demenz, sowie den Möglichkeiten von Individualisierung und Digitalisierung von Bewegung in dieser Zielgruppe. Sie ist unter anderem beteiligt an der Entwicklung, Evaluation und Implementierung von mobilen Anwendungen zur Bewegungsförderung in Pflegeeinrichtungen (Projekte: In-CoPE und BeSt Age).

Dr. Thomas Cordes hat 2022 an der Universität Hamburg im Arbeitsbereich Bewegungs- und Trainingswissenschaft promoviert. Derzeit ist er als Lehrbeauftragter und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Sportwissenschaft an der Universität Vechta sowie als Sporttherapeut im Neurologischen Rehabilitationszentrum Bremen tätig. Als Teil der Forschungsgruppe im Modellprojekt „PROCARE – Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“, gehört zu seinen Forschungsschwerpunkten die Gesundheitsförderung durch sportliche Interventionen für Bewohnende in der Altenpflege.

Anna Dammermann (M.A. Erziehungswissenschaft; Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin mit den Schwerpunkten Gewaltprävention und Kommunikation in der Pflege. Sie ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und war von 2018-2022 im Gewaltpräventionsprojekt PEKo tätig.

Madeleine Fricke (M.Sc., Fachgebiet Biopsychologie und Neuroergonomie, Technische Universität Berlin) koordiniert und führt seit 2019 das Modellprojekt „PROfit – Prävention I Orientierung I Training“ in insgesamt 6 Berliner Pflegeeinrichtungen durch. Ihr Forschungsinteresse liegt hauptsächlich in den Mechanismen von räumlicher Orientierung und deren Trainierbarkeit, besonders im Zusammenhang mit Alterungsprozessen.

Julia Katharina Gräf (M.A., Arbeitsbereich Bewegungs- und Trainingswissenschaft, Universität Hamburg) ist seit 2018 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in Projekten der biomechanischen Bewegungsanalyse, Ergonomie und Mensch-Maschinen-Interaktion tätig. Zudem betreut sie Projekte zur Gesundheitsförderung in der Pflege.

Luis Heuel (M.Sc., Technische Universität Berlin, Fachgebiet Biopsychologie & Neuroergonomie) ist Gesundheitspsychologie und arbeitet seit 2020 in verschiedenen Projekten zum Thema Gesundheitsförderung in Pflege-settings in multidisziplinären Teams, bestehend aus Expertinnen und Experten aus den Bereichen Sport-, Bewegungs- und Trainingswissenschaft, sowie Psychologie. Seine Forschung bezieht sich vor allem auf motivationale und mentale Mechanismen und Ressourcen, die ein belastungsverträgliches Arbeiten in der Pflege fördern.

Prof. Dr. Annett Horn Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin; bearbeitet den Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege seit 2008; seit 2020 Professorin für Public Health Nursing an der FH Münster; Mitglied u. a. im wissenschaftlichen Beirat der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und der Allianz Gesundheitskompetenz des BMG.

Dr. Eva Jansen wurde 2013 in den Fächern Kultur- und Sozialanthropologie und Psychologie zu einem medizinethnologischen Thema in Südindien an der LMU München promoviert. Seit dem ist sie in unterschiedlichen medizinischen Institutionen in Deutschland in der Lehre der Medizinsoziologie und Versorgungsforschung beschäftigt und forscht zu den folgenden Themen: Migration und Professionalisierung von Ärztinnen, interkulturelle Kompetenz, Rehabilitation, Prävention und Gesundheit in stationären Pflegeeinrichtungen, komplementärmedizinische Versorgung und e-health.

Tanja Inga Janssen (M.A.) arbeitet seit 2019 am Arbeitsbereich Neuro-motorik und Training der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Sie war 2019-2021 als Lehrkraft für besondere Aufgaben tätig. Daraufhin hat Sie im PROMOTE Projekt, welches sich mit der Bewegungsförderung von älteren Erwachsenen im häuslichen Umfeld beschäftigte, mitgewirkt. Seit 2022 ist sie Teil des Pilotprojekts PROGRESS, welches sich mit der Verhaltens- und Verhältnisprävention in stationären Pflegeeinrichtungen im Raum Münster auseinandersetzt.

Prof. Dr. Sascha Köpke (Institut für Pflegewissenschaft, Universität zu Köln) leitet eine Forschungsgruppe mit dem Schwerpunkt „Gewaltprävention in pflegerischen Settings“. Bereits zuvor leitete er Modellprojekte zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ (u. a. IMPRINT, Leitlinie FEM). Seit 2018 ist er Projektleiter des Gewaltpräventionsprojektes PEKo.

Dr. Janina Krell-Rösch ist Akademische Mitarbeiterin am Institut für Sport und Sportwissenschaft am Karlsruher Institut für Technologie (KIT). In Ihrer Forschungsarbeit beschäftigt sie sich mit körperlicher Aktivität, Fitness und gesundem Altern, mit einem Schwerpunkt auf demenzielle Erkrankungen. Darüber hinaus erforscht sie, inwieweit digitale Systeme und Assistenzrobotik zur Gesundheitsförderung älterer Menschen beitragen können. Sie ist in verschiedene Studien am KIT wie BeSt Age und JuBot, als auch in die Mayo Clinic Study of Aging involviert.

Prof. Dr. Nale Lehmann-Willenbrock leitet den Arbeitsbereich Arbeits- und Organisationspsychologie sowie das Center for Better Work an der Universität Hamburg. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen Teamprozesse (auch im Pflegekontext), Führungskräfte-Mitarbeitenden-Interaktionen, die Effektivität organisationaler Meetings sowie methodische Entwicklungen im Bereich der quantitativen Interaktionsanalyse und KI-gestützten Erkennung systematischer Verhaltensmuster.

Dr. Svea Lübstorff (M.Sc.) ist externe Doktorandin am Arbeitsbereich Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Hamburg. Nach ihrer Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin (2018-2021) ist sie 2022 in die organisationspsychologische Praxis gewechselt. In ihrer Dissertation beschäftigt sie sich mit Teamprozessen und Interaktionsdynamiken insbesondere in Pflgeteams.

Dr. Melanie Mack (M.Sc. Psychology) ist Postdoktorandin am Arbeitsbereich Neuromotorik und Training der Universität Münster. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kognition und mentale Gesundheit in unterschiedlichen Zielgruppen und Settings, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung bzw. den Erhalt durch kognitives und körperliches Training. Von 2020 bis 2022 arbeitete sie in einem Teilprojekt des DFG-geförderten Schwerpunktprogramms Multitasking zur Trainierbarkeit von Multitasking im Alter. Ferner ist sie Mitglied des EU COST Action PhysAgeNet, das darauf abzielt evidenzbasierte Forschung und Praxis zu körperlicher Aktivität im Alter voranzutreiben.

Prof. Dr. Gabriele Meyer (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) hat als einen Schwerpunkt ihrer Arbeit die Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen für die Langzeitpflege.

Ann-Kathrin Otto (M.A., Arbeitsbereich Bewegungs- und Trainingswissenschaft, Universität Hamburg) arbeitete von 2017 bis 2020 im Modellprojekt „PROCARE – Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ und war für die Konzeption, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Pflegekräfte in der Altenpflege zuständig. Seit 2019 ist sie darüber hinaus in dem Projekt „BASE Transfer“ tätig, welches ein betriebliches Gesundheitsmanagement und zugehörige Maßnahmen der

betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in ambulanten Diensten und Krankenhäusern implementiert.

Prof. Dr. Nadine Pieck lehrt und forscht am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover im Feld des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu Fragen der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung, Gestaltung partizipativer Veränderungsprozesse und zu Fragen der Integration von Gender und Diversity in der Gesundheitsförderung.

Marco Sander (M.A. Pflegewissenschaft; Institut für Pflegewissenschaft, Universität zu Köln) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und arbeitet seit Projektbeginn im Gewaltpräventionsprojekt PEKo, welches er federführend mit entwickelte. Zudem ist er staatlich anerkannter Altenpfleger und freiberuflich in der Pflegebildung tätig.

Prof. Dr. Andrea Schaller (Professur für Gesundheit, BGF und Prävention, Universität der Bundeswehr München) lehrt und forscht insbesondere zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen in der bewegungsbezogenen Versorgung. Im Kontext der Pflege leitete sie von 2020 bis 2023 ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt zur wirkungsmodellbasierten Konzeption und Evaluation von betrieblichen Angeboten zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention (BAG-Ger).

Dr. Andrea Scharpf arbeitete langjährig in der Sportwissenschaft als Akademische Mitarbeiterin am Karlsruher Institut für Technologie (KIT). Im Rahmen Ihrer Mitarbeit in den Projekten Bewegung gegen Demenz und In-CoPE (Individualized Cognitive and Physical Exercise) konzipierte und evaluierte sie analoge und digitale Bewegungsprogramme für Personen mit demenziellen Erkrankungen. Derzeit liegt ihr Arbeitsschwerpunkt als ausgebildete Sport- und Bewegungstherapeutin (DVGS) in der geriatrischen und neurologischen Rehabilitation.

Anja Schindhelm (parikom gGmbH) leitet seit 2017 die Projekte „Powerfood – Ernährung in der Jugendhilfe“ sowie „Ernährung in stationären Pflegeeinrichtungen“. Seit 2004 arbeitet sie in sachsenweiten Projekten in der Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung mit verschiedenen Zielgruppen zusammen. Ihre Schwerpunkte sind die berufliche Weiterbildung sowie die Mitarbeit an verschiedenen Curricula.

Kristin Schultes (M.Sc. Public Health; Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda) arbeitete von 2018 bis 2020 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt PEKo zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen.

Dr. Gerrit Stassen forscht in der AG Bewegungsbezogene Präventionsforschung am Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation (Deutsche Sporthochschule Köln). Er promovierte zur digitalen Gesundheitskompetenzförderung bei Auszubildenden und arbeitete in den letzten Jahren in Projekten zu zielgruppenspezifischen Interventionen zur Gesundheitsförderung mit einem Fokus auf das Setting Betrieb.

Dr. Sandra Trautwein ist akademische Mitarbeiterin am Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT). Ihr Forschungsbereich umfasst die Themengebiete „Sport und Demenz“ sowie „Körperliche Aktivität und Gesundheit im Alter“. Dabei beschäftigt sie sich insbesondere mit der Wirkung körperlicher Aktivität auf die Motorik und den Gang bei Personen mit Demenz, untersucht die Eignung motorischer Testverfahren für diese Zielgruppe und setzt sich mit der Individualisierung und Digitalisierung von körperlicher Aktivität bei Demenz auseinander. Sie ist an verschiedenen Studien am KIT wie „Bewegung gegen Demenz“ und „InCoPE“ beteiligt.

Prof. Dr. Claudia Voelcker-Rehage (Westfälische Wilhelms-Universität Münster) ist Leiterin des Arbeitsbereichs Neuromotorik und Training. Ihre Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Neurokognition von Bewegung, (motorisches) Lernen und Plastizität sowie die Rolle körperlicher Aktivität für die kognitive Entwicklung und Gesundheit, besonders im Alter. Sie führt große (Interventions-)Studien in diesen Forschungsfeldern durch und ist Autorin zahlreicher internationaler und nationaler Veröffentlichungen sowie Redaktionsmitglied verschiedener Fachzeitschriften.

Dr. Oliver Vogel (Arbeitsbereich Bewegungs- und Trainingswissenschaft, Universität Hamburg) betreut als Sportwissenschaftler seit 2018 Projekte zur Gesundheits- und Mobilitätsförderung für Pflegeheimbewohnende. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Aktivitätserfassung und dem gesunden Altern.

Prof. Dr. Bettina Wollesen (Arbeitsbereich Bewegungs- und Trainingswissenschaft, Universität Hamburg) leitet eine Forschungsgruppe mit dem Schwerpunkt „Bewegung, Training und digitale Gesundheitsförderung“. Von 2001-2008 arbeitete sie als Fachdozentin in der beruflichen Bildung und unterrichtete alle Berufsgruppen aus der Altenpflege sowohl für den Bereich der individuellen Gesundheitsförderung als auch für die Präventionsarbeiten für die Bewohnenden. Seit 2017 leitet sie Modellprojekte zum Thema „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (u. a. PROCARE und PROFIT).

Prof. Dr. Alexander Woll ist Leiter des Instituts für Sport und Sportwissenschaft am Karlsruher Institut für Technologie (KIT) und Inhaber des dortigen Lehrstuhls für Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports. Im Rahmen seiner langjährigen Forschungsarbeit beschäftigt er sich ins-

besondere mit den Zusammenhängen von körperlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit über die Lebensspanne, und ist ein national wie international anerkannter Experte auf diesem Gebiet. Er hat zahlreiche wissenschaftliche Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen, u. a. im Setting Pflegeheim, geleitet („Bewegung gegen Demenz“ und „InCoPE“). Derzeit ist er u. a. Leiter des „BeSt Age“ Projekts am KIT, das Bewegungsförderung und Sturzprävention durch App-gestützte Interventionen in Einrichtungen der Altenpflege zum Ziel hat.

Kimberly Wunderlich ist Ökotrophologin (B.Sc.) und angehende Ernährungstherapeutin (M.Sc.). Als Projektkoordinatorin „Ernährung in stationären Pflegeeinrichtungen“ setzt sie sich für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Verpflegung der Bewohnenden ein.



Das Pflegeheim: eine gesundheitsfördernde Organisation?

1

Bettina Wollesen, Ann-Kathrin Otto und
Laura Luise Bischoff

Zusammenfassung

Die Pflegeeinrichtung erfüllt nach WHO-Kriterien alle klassischen Aspekte eines „Settings“. Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen sollte demnach ganzheitlich ansetzen und die ganze Einrichtung in den Prozess integrieren. So müssen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit sowohl das Personal als auch die Bewohnenden in den Blick nehmen und transparent und unter Mitwirkung aller Beteiligten geplant werden. In diesem Kapitel wird ein erster Überblick über Belastungen in der Pflege sowie die Folgen für alle Akteure gegeben. Darüber hinaus werden erste Beispiele und Forschungsergebnisse zur erfolgreichen Förderung der Gesundheit von Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen vorgestellt. So soll ein Einstieg und Ausblick in dieses Herausgeberwerk gelingen.

B. Wollesen (✉) · A.-K. Otto
Bewegungs- und Trainingswissenschaft, Fakultät
für Psychologie und Bewegungswissenschaft,
Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland
E-Mail: bettina.wollesen@uni-hamburg.de

A.-K. Otto
E-Mail: ann-kathrin.otto@uni-hamburg.de

L. L. Bischoff
Gesundheitswissenschaft, Fakultät für Psychologie
und Bewegungswissenschaft, Universität Hamburg,
Hamburg, Deutschland
E-Mail: laura.bischoff@uni-hamburg.de

1.1 Aktuelle Herausforderungen in Pflegeeinrichtungen

Die Covid-19-Krise machte einem breiten Teil der Bevölkerung deutlich, wie systemrelevant der Pflegeberuf für die Gesellschaft ist. Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt führen zu einem steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Alten- und Krankenpflegekräften. So waren bereits im Jahr 2019 ca. 4,1 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig, von denen etwa 820.000 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen lebten [1]. Prognosen des Bundesministeriums für Gesundheit gehen von 6,1 Mio. Pflegebedürftigen bis 2050 aus [2]. Der demografische Wandel erhöht zudem die Pflegequote. Während lediglich 2,4 % der älteren Menschen zwischen 60 und 65 Jahren zu Hause oder stationär versorgt werden müssen, sind es bei der Altersgruppe 75–80 Jahre bereits 11,5 % und 70,7 % bei den über 90-Jährigen [3].

Gleichzeitig sind 305.000 Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sowie Altenpflegekräfte im ambulanten und 484.000 im stationären Setting beschäftigt. Um einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu bewältigen, erhöht sich auch der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal [4]. Die Anzahl der offenen Stellen stieg von 2011 bis 2020 auf fast 57.000 [5]. Im Vergleich zu anderen Branchen dauert die Besetzung einer freien Stelle ca. 50 Tage länger [6]. Als

Reaktion führte der Bund 2019 das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpS) als Maßnahme zum Erhalt der Pflegequantität und -qualität ein [7]. Auch das im Januar 2021 in Kraft getretene Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) soll dem drohenden Personalmangel in der Pflege entgegenwirken. Dies ist besonders relevant vor dem Hintergrund der Ende des Jahres 2020 veröffentlichten Studie zur Arbeitssituation von Pflegekräften in der stationären Alten- sowie ambulanten Pflege [8]. 69 % der Befragten berichteten, dass sich die Arbeit während der Pandemie verdichtet hätte. Weiterhin gaben mehr als die Hälfte (53 %) der teilnehmenden Pflegekräfte an, dass sich die Personalknappheit weiter verschärft hätte. Schließlich führten mehr als zwei Drittel (70 %) an, dass es nachhaltiger struktureller Veränderungen bedürfe, um gegen die durch die Pandemie entstandenen Missstände in der Pflege vorzugehen.

Verbliebene Pflegekräfte berichten von steigenden Arbeitsbelastungen, Unzufriedenheit sowie hohen physischen und psychischen Belastungen, die aus der Zunahme immer älter werdender multimorbider Pflegebedürftiger resultieren [9]. Auch betriebliche Faktoren wie mangelnde Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten beeinflussen das psychische Wohlbefinden der Pflegekräfte [10]. In vielen Fällen kumulieren sich diese Stressoren und führen zum Berufsausstieg [11]. Dies verstärkt wiederum weiter den Fachkräftemangel. So zeigte Neuber-Pohl [12], dass bereits ab 2025 der Bedarf an Pflegepersonal nicht mehr vom Angebot gedeckt werden könnte.

Steigende Arbeitsbelastungen und ihre Folgen

Diese gesellschaftlichen Veränderungen und aktuellen Anforderungen führen demnach zu steigenden Arbeitsbelastungen von Pflegekräften und resultieren in Unzufriedenheit und erhöhtem Stress [13, 14]. Die Ursachen physischer und psychischer Beanspruchungen sind multifaktoriell und werden u. a. von intrinsischen Faktoren wie z. B. den individuellen Vorerfahrungen und Persönlichkeitsaspekten beeinflusst [15]. Diverse Studien verdeutlichen jedoch auch, dass

betriebliche Einflussfaktoren einen erheblichen Anteil des Stresserlebens ausmachen [16]. So ergeben sich hohe Arbeitsbelastungen in der Altenpflege u. a. auch aus dem Umgang mit Tod und Krankheit, schlechten Führungsstilen, Schichtarbeit und Work-Privacy-Konflikten [11]. Hinzu kommen erhöhte soziale und emotionale Belastungen wie Zeitdruck, verbale Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen, ein geringes Ansehen, mangelnde Kontrolle und ein geringes Einkommen [9, 17].

Darüber hinaus ist das Risiko für Rückenbeschwerden als Folge psychosozialer und körperlicher Arbeitsbelastungen bei Pflegekräften erhöht [18]. So führen häufig durchgeführte Umlagerungen von Pflegebedürftigen unter Zeitdruck in ungünstigen Körperpositionen zu Rückenschmerzen, unter denen etwa die Hälfte des Pflegepersonals leidet [19]. Auch das Auftreten von Rückenschmerzen unterliegt multi-kausalen Wirkungsketten, wobei ergonomische Verhältnisse und Verhalten einen erheblichen Einfluss nehmen [20, 21]. Insbesondere die vorgebeugten statischen Rumpfneigungen, wie in der Primärversorgung von bettlägerigen Pflegebedürftigen, führen zu Zwangshaltungen und zugehöriger Überbeanspruchung beteiligter Muskelgruppen. Neben weiteren Faktoren gilt dies als unabhängiger Prädiktor für das Auftreten von Rückenbeschwerden [22].

Sowohl die körperlichen als auch die psychischen Belastungen in der Pflege können durch organisationsbedingte Faktoren wie z. B. ungünstige Arbeitsbedingungen (u. a. Beleuchtung, Lärm) verstärkt werden und die Gesundheit sowie die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. So benennt das Modell der Arbeitsfähigkeit nach Ilmarinen [23] 4 zentrale Handlungsfelder:

1. das Individuum und seine funktionale Kapazität und Gesundheit,
2. die menschengerechten, alter-, alters- und geschlechtergerechten Arbeitsbedingungen,
3. die professionelle Handlungskompetenz und
4. die kompetente Führungsorganisation, Personalentwicklung, Führungsverantwortung und Arbeitskultur.

Die Handlungsfelder 2 und 4 integrieren hierbei die Verhältnisse einer Organisation – der Pflegeeinrichtung – sowie die gelebte Organisationskultur. Eine zielgerichtete Präventionsarbeit zur Gesundheitsförderung von Pflegepersonal muss daher idealerweise die Reduktion psychischer und körperlicher, aber auch organisationsbedingter Belastungsfaktoren sowie deren Interaktion adressieren.

Gesundheitsförderung in der Pflege

Somit wird deutlich, dass Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen nur gelingen kann, wenn die ganze Einrichtung (Organisation) in den Prozess integriert wird. Es gilt also das gesamte Setting einer Einrichtung in den Blick zu nehmen, um Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung passgenau zu gestalten.

Mit dem 2017 in Kraft getretenen Pflege-stärkungsgesetz (PSG III) sowie dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz (PrävG) versucht die Bundesregierung gezielt, die gesundheitliche Situation sowohl der Pflegebedürftigen als auch des Pflegepersonals zu verbessern. Im August 2016 erfolgte die Einführung des Leitfadens Prävention in der stationären Pflege gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI durch den GKV-Spitzenverband. Er legt die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen fest. In Abgrenzung zu pflegerischen Maßnahmen wie z. B. der aktivierenden Pflege sollen hier zusätzliche Maßnahmen im stationären Pflegesetting gefördert werden, wobei besonders folgende Präventionsteilziele für die Pflegebedürftigen adressiert werden sollen: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Gewalt.

Damit in Zukunft eine zielgruppenorientierte Präventionsarbeit für die Pflege bedarfsgerecht weiterentwickelt werden kann, ist es notwendig, sich neben einer Zusammenfassung bestehender Evidenz bisheriger Interventionen auch einen Überblick über die Situation in der stationären Altenpflege zu verschaffen sowie Informationen aus aktuell laufenden Praxisprojekten zu generieren.

Daher beschäftigen sich die ersten Kapitel dieses praxisorientierten Überblickswerks zunächst mit den Grundvoraussetzungen für Präventionsarbeit zum Erhalt und Ausbau der Ressourcen der Pflegekräfte im Setting der stationären Altenpflege.

Fallbeispiel

Herr Dach ist gelernter Pflegefachmann und soll nun als neuer Direktor die stationäre Altenpflegeeinrichtung Age & Care übernehmen. Er möchte eine gute Führungs- und Unternehmenskultur und ein Gesundheitsmanagement in der Pflegeeinrichtung etablieren. Age & Care hat in den letzten Jahren viele Pflegefachkräfte und Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer verloren. Darüber hinaus gab es so viele krankheitsbedingte Fehlzeiten wie noch nie. Dem drohenden Fachkräftemangel möchte Herr Dach entgegenwirken, indem er seinem Personal Angebote macht, die es sowohl physisch als auch psychisch stärken und sein Wohlbefinden verbessern.

Herr Dach will hierbei strukturiert vorgehen und Maßnahmen entwickeln, die wirklich zu dem Unternehmen passen. Daher plant er ein Gesundheitsmanagement nicht nur für alle Mitarbeitenden, sondern auch für die Bewohnenden. Denn: Wenn die Bewohnenden fitter und selbstständiger sind und sich insgesamt wohl fühlen, wirkt sich dies positiv auf das Verhältnis zwischen den Heimbewohnenden, dem Pflegepersonal sowie den Angehörigen aus. Daher möchte er auch die Bewohnenden und deren Angehörige nach ihren Bedürfnissen fragen.

Eine zugehörige Befragung aller Mitarbeitenden ergab unterschiedliche Bedürfnisse in den verschiedenen Berufsgruppen. Die Pflegekräfte fühlen sich vor allem gestresst und wenig wertgeschätzt.

Sie beklagen Zeitmangel und haben das Gefühl, der Schichtplan würde unfair besetzt. Die Hauswirtschaftskräfte hingegen geben vor allem Rücken- und Handgelenksbeschwerden an. Die Bewohnenden und ihre Angehörigen wünschen sich mehr Eigenständigkeit. Herr Dach leitet daraus, gemeinsam mit einer kleinen Gruppe an Vertretern für jede Berufsgruppe sowie der Bewohnenden und Angehörigen, verschiedene Gesundheitsförderungsmaßnahmen ab. Darüber hinaus holt er sich Hilfe von einer externen Gesundheitsmanagerin, die bei der Entwicklung der Maßnahmen auf Grundlage der aktuellen Studienlage zur Wirksamkeit solcher Programme unterstützt.

Nachdem die Maßnahmen für alle Beteiligten (Pflegerkräfte und Pflegebedürftige) umgesetzt sind, führt Herr Dach eine erneute Befragung in seinem Haus durch. So kann er feststellen, ob die Maßnahmen Beschwerden reduzieren und ob sie den Bedürfnissen aller Beteiligten entsprechen. Gemeinsam mit seinem Planungsteam möchte er gegebenenfalls Änderungen vornehmen, falls das Ergebnis der Befragung auf einen Änderungsbedarf hindeuten sollte. Das von Herrn Dach eingeführte Gesundheitsmanagement ist somit ein partizipativer Prozess, der die gesamte Organisation mit all ihren Akteuren fokussiert.

1.2 Der Setting-Ansatz: gesundheitsfördernde Organisationen

Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit sollten dem Setting-Ansatz folgen. Ein Setting ist ein soziales System mit vielen Umwelteinflüssen auf eine bestimmte Personengruppe und fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben oder arbeiten [24].

Die Pflegeeinrichtung als Organisation mit ihrer physischen Struktur, der räumlichen Begrenzung und sozial definierten Rollen erfüllt nach WHO-Kriterien alle klassischen Aspekte eines Settings [24]. Gemäß der WHO-Definition im Rahmen der Ottawa Charta [25] ist Gesundheit das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und individueller Lebensweise. Interventionen sollen nach dieser Idee am sozialen System (also der Pflegeeinrichtung) ansetzen. Die Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen muss daher die spezifischen Bedürfnisse des jeweiligen Betriebs (Organisation) gezielt erfassen und berücksichtigen. Der Setting-Ansatz impliziert weiterhin Strategien und Kompetenzentwicklung zur Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund von Organisationsentwicklungsprozessen und beinhaltet eine gezielte Organisationsanalyse zur Bestimmung der gesundheitlichen Probleme, Ressourcen, Hürden uvm. [26].

Nach Rosenbrock [27] beinhalten die Gesundheitsförderung und zugehörige Interventionsplanung im Setting 5 relevante Aspekte, die es für eine Umsetzung zu berücksichtigen gilt:

1. Einheit von Belastungssenkung und Ressourcenförderung
Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollen nicht rein funktions- und defizitorientiert sein, sondern eine sinnvolle Verknüpfung zwischen der Reduktion von Belastungsfaktoren (z. B. Verbesserung der ergonomischen Voraussetzungen, Änderung von Schichtplänen) und individuellen körperlichen, psychischen und sozial-kommunikativen Ressourcen umfassen. Weiterhin ist es wichtig, Maßnahmen zur Steigerung von Gesundheitsressourcen, wie z. B. Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Einbindung in soziale Netze, in den Prozess zu integrieren.
2. Aufwertung unspezifischer Interventionen
Dieser Aspekt sollte so verstanden werden, dass nicht nur zielgerichtete individuumbezogene Maßnahmen geplant, sondern

Interventionen umgesetzt werden, die sich positiv auf die gesamte Einrichtung auswirken (z. B. Ruheräume oder Bewegungsoasen).

3. Priorität der Kontextbeeinflussung

Unter Kontextfaktoren sind Umweltbedingungen einer Pflegeeinrichtung zu verstehen. Hierzu gehören Aspekte wie das Arbeits- und Sozialklima, die Arbeitsorganisation oder die bauliche Umgebung. Damit Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung nachhaltig gelingen können, sollten diese Kontextfaktoren bewusst in zugehörige Konzepte integriert werden.

4. Priorität der Partizipation

Veränderungsprozesse auch im Rahmen der Gesundheitsförderung benötigen die Akzeptanz aller Beteiligten. Neben einer Erfassung des Bedarfs für zielgerichtete Maßnahmen sollten alle beteiligten Akteure in die Planung und Umsetzung einbezogen werden. Dies sichert die Passfähigkeit in die Strukturen des Arbeitsalltags sowie eine positive Bewertung der Maßnahmen.

5. Angemessene Qualitätssicherung

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sollten eine gesicherte Wirksamkeit (Evidenz) besitzen. Zudem gilt als oberstes Qualitätsziel in der Gesundheitsförderung und Prävention die Steigerung der gesundheitsförderlichen Wirkungen bzw. des gesundheitsbezogenen Nutzens (Effektivität) für die jeweiligen Zielgruppen bei Vermeidung unnötiger Kosten (Effizienz). Weiterhin sollten bei der Qualitätssicherung 4 Qualitätsdimensionen integriert werden (1. Planungsqualität (auch Assessment- oder Konzeptqualität; integriert die Bedarfsermittlung), 2. Strukturqualität mit organisatorischen und institutionellen Voraussetzungen, 3. Prozessqualität (Durchführung der Maßnahme) und 4. Ergebnisqualität (Wirkung der Maßnahme)). Der sogenannte Public Health Action Cycle [28] zeigt hierbei den Prozesscharakter der Gesundheitsförderung auf, bei dem nach Abschluss eines Maßnahmenzyklus die Präventionsarbeit nicht

beendet ist, sondern nach der Prüfung der Wirksamkeit neue Ziele identifiziert werden können.

1.2.1 Gesundheitsförderliche Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen

- Die hohen psychosozialen und physischen Belastungen in der Pflege erfordern durchführbare und effektive Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, nicht nur im Hinblick auf den zunehmenden Fachkräftemangel bei weiterhin fortschreitendem demografischem Wandel. Heutige Bedingungen in der Arbeitswelt von Pflegekräften führen zu einer erhöhten Anforderung hinsichtlich Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Beschäftigten sowohl auf kognitiver als auch auf körperlicher Ebene.
- Ein verstärktes gesellschaftliches und wissenschaftliches Interesse zeigt sich in einem Anstieg wissenschaftlicher Studien zur Effektivität und Wirkung von Gesundheitsförderungsprogrammen [29–31]. Dennoch sind nachweislich effektive Maßnahmen zur Reduktion arbeitsbedingter Belastungen in der Pflege bisher selten.
- Der Erhalt körperlicher und geistiger Gesundheit und die Ausbaumöglichkeiten von Ressourcen durch gezielte Interventionsmaßnahmen tragen zu einer langfristigen Ausübung der Beschäftigung unabhängig vom Alter bei. Die Situation der Pflegekräfte erfordert hierbei ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) mit zugehörigen passgenauen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Die Maßnahmen sollten dabei sowohl auf der Ebene der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention ansetzen. Verhältnispräventive Maßnahmen adressieren u. a. organisationspezifische Aspekte wie Arbeitszeitregelungen (z. B. Schichtarbeit, Wochenendarbeit), Work-Life-Balance, Betriebsklima und Teamführung. Die Studienlage zeigt dazu einen klaren

Zusammenhang zwischen guter Arbeitsorganisation und Faktoren wie u. a. der Arbeitszufriedenheit, der Arbeitseffektivität und dem Engagement von Pflegekräften [32].

- Bei der Verhaltensprävention stehen die Verbesserung und Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen im Fokus, beispielsweise durch Stressbewältigungsprogramme oder Interventionen zur körperlichen Aktivität. Um hier eine Teilnahmemotivation der Pflegefachkräfte zu erreichen, sind im Setting verschiedene Barrieren zu berücksichtigen, die für die Umsetzung analysiert und behoben werden müssen. Studien zufolge sind Pflegekräfte generell motiviert, an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen, allerdings werden pflegerische Aufgaben im Berufsalltag priorisiert [33, 34]. Daher ist es erforderlich, Maßnahmen so zu entwickeln, dass die Anforderungen der jeweiligen Zielgruppe berücksichtigt sind [2].
- Ein erfolgreiches Umsetzen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung setzt zunächst voraus, dass das Leitungsteam der Organisation von der Notwendigkeit eines solchen Prozesses überzeugt ist. Erst in einem zweiten Schritt können gemeinsame Ziele und daraufhin entsprechende Maßnahmen geplant werden. Im betrieblichen Setting müssen jedoch für ein Gelingen solcher Interventionsmaßnahmen auch einige Vorüberlegungen erfolgen. Zunächst einmal sollten alltägliche Arbeitsbelastungen erfasst werden. Darüber hinaus geht es auch darum, die Besonderheiten der Arbeitsplätze, Arbeitsprozesse und das Verhalten der Beschäftigten zu reflektieren. Erst dann können bedarfsgerechte Interventionsmaßnahmen konzipiert und nachhaltig erfolgreich umgesetzt werden.
- Konstruktive Organisationskulturen in Pflegeeinrichtungen haben zum Ziel, sowohl die Zufriedenheit der Pflegekräfte als auch der Pflegebedürftigen zu verbessern. Sie umfassen Arbeitsumgebungen, in denen positive Interaktionen mit Kolleginnen und Kollegen sowie die Selbstverwirklichung gefördert und leistungsorientierte Mitarbeitende geschätzt werden. Dies erfordert ein starkes

Leitbild der Einrichtung, welches das Gefühl der Zusammengehörigkeit und Teamarbeit stärkt und eine auf die Organisationsziele ausgerichtete Gemeinschaft entstehen lässt. Effektive Teamarbeit und die kollegiale Unterstützung fördern zudem den Informationsaustausch und bieten die Möglichkeit, Probleme schneller und effizienter zu lösen. Dies trägt zu einem gesundheitsförderlichen Arbeitsklima bei [35, 36]. Entstehende Synergien zwischen den Pflegekräften ermöglichen das Einbringen der jeweiligen Stärken in die Versorgung der Pflegebedürftigen [36]. Eine angemessene Entlohnung, Rollenklarheit, positives Feedback von Vorgesetzten sowie eine kompetente Führungsorganisation und die Sicherheit des Arbeitsplatzes nach ökonomischen Gesichtspunkten sowie nach dem Arbeits- und Gesundheitsschutz werden zudem mit einer hohen Arbeitsfähigkeit assoziiert und tragen zu einer guten Arbeitskultur bei [37–39]. Zahlreiche Studien zeigen auf, dass Führung einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeitenden hat und sowohl als Stressor als auch als Ressource (Erklärung siehe Kap. 3) wirken kann. Kooperative Führungsstile sind nachweislich belastungs- und fehlzeitenreduzierend, während autoritäre Führungsstile Fehlzeiten fördern [40]. Ein autoritärer Führungsstil orientiert sich ausschließlich an der Aufgabe und berücksichtigt weder die Mitarbeitenden noch deren Mitwirkung. Kooperative Führungsstile sind dementsprechend mitarbeitenden- und mitwirkungsorientiert, beispielsweise durch das Aufzeigen von Entwicklungsmöglichkeiten und einen partizipativen Ansatz bei Planungs- und Entscheidungsprozessen [40]. Das Verständnis von Führung als eigenständige Aufgabe ist insbesondere in kleineren Pflegeeinrichtungen geringer ausgeprägt, da knappe Personalressourcen oftmals die Mitarbeit der Führungskräfte in der Pflege erfordern. Die Kommunikationsanforderungen sind jedoch insbesondere in der Altenpflege sehr hoch und die Bearbeitung der Organisationsaufgaben (z. B. Schichtplanung) müssen trotz knapper Zeitressourcen sichergestellt werden, wodurch die Gesundheit der

Führung oftmals leidet. Die Führung hat jedoch eine überaus wichtige Funktion für die Gesundheit der Mitarbeitenden, die durch das Verhalten der Führung sowie die Art der Kommunikation direkt beeinflusst wird [41]. Weitere Einflussfaktoren stellen die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und das Stresserleben der Führungskräfte dar, welches sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken kann. Zudem fungieren die Führungskräfte mit ihrer Einstellung als Multiplikatoren für das betriebliche Gesundheitsmanagement und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für ein gesundheitsförderliches Verhalten der Mitarbeitenden oder auch für deren Teilnahme an Maßnahmen [42].

1.2.2 Das BASE-Programm in der Pflege

- Bei der Planung gesundheitsförderlicher Interventionen sollte stets systematisch vorgegangen werden. Unterschiedliche Planungs-

modelle und Programme bilden die verschiedenen Schritte in der Maßnahmenplanung ab, geben Orientierungshilfe und unterstützen die erfolgreiche Umsetzung. Im Rahmen eines Kooperationsprojekts mit einer Berufsgenossenschaft wurde beispielsweise das BASE-Programm entwickelt [43]. BASE als struktureller Bestandteil im BGM greift auf den für die Pflege notwendigen multimodalen Ansatz zurück. Das Programm ermöglicht es, die unterschiedlichen Blickwinkel und die verschiedenen Beteiligten im betrieblichen Setting bei der Umsetzung einer bedarfsgerechten Intervention zu integrieren (Abb. 1.1).

- Das Akronym BASE steht für **B**edarfsbestimmung, **A**rbeitsplatzorganisation/Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, **S**chulung eines belastungsverträglichen Alltagsverhaltens und **E**igenverantwortung und Selbstmanagement [43]. BASE unterstützt die bisherige Präventionsarbeit in Betrieben dadurch, dass es einen Ansatz bietet, wie der gesetzliche Auftrag des Arbeitsschutzes

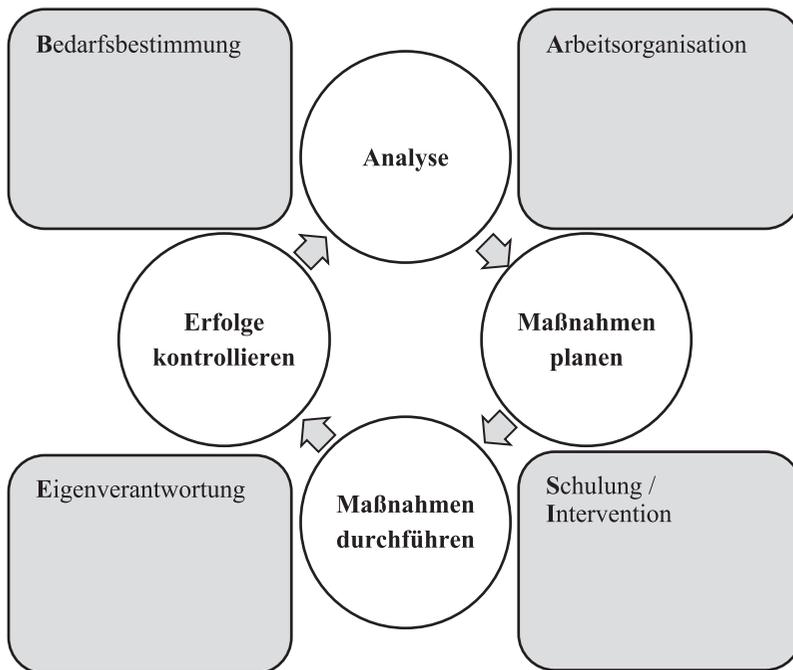


Abb. 1.1 BASE-Konzept nach Wollesen et al. [43]

so umgesetzt werden kann, dass geforderte Inhalte, wie z. B. rückengerechtes Heben und Tragen oder die Reduktion von belastenden Körperpositionen, auch langfristig zu Verhaltensänderungen bei den Beschäftigten führen. Derartige Präventionsthemen für Beschäftigte wurden bisher meist in Form von Pflichtschulungen, einmaligen Workshops mit Unterweisungen oder der Präsentation von Videos adressiert. Dadurch gab es häufig wenig Akzeptanz der Beschäftigten und auch die gewünschten Verhaltensveränderungen stellten sich nicht ein. Das Ziel des BASE-Programms ist es, eine Strategie zu entwickeln, mit der möglichst viele Beschäftigte erreicht und bei ihnen langfristige Veränderungsprozesse initiiert werden.

- Die Bedarfsbestimmung aus BASE beinhaltet neben der Erfassung der täglichen Arbeitsbelastungen auch Handlungsansätze, die für eine erfolgreiche Umsetzung eines BGM wichtig sind [43]. Darunter fallen die Orientierung an strukturellen betrieblichen Gegebenheiten – also die Erfassung von Arbeitsbelastungen, Besonderheiten der Arbeitsplätze und -prozesse; Konzeption bedarfsgerechter Interventionen; nachhaltige Umsetzung direkt am Arbeitsplatz – sowie die Berücksichtigung des organisatorischen und sozialen Umfelds des Betriebes (Setting-Ansatz), z. B. Arbeitszeiten, Pausengestaltung, Kommunikationsstrukturen und Führungsstile. Außerdem werden Beschäftigte in die Gesundheitsanalyse integriert, also beispielsweise in die Reflexion des Bewegungsverhaltens bei der Arbeit sowie die Erfassung von Wünschen zur Gesundheitsförderung (Partizipation). Intensive und arbeitsplatznahe Gesundheitsangebote wie z. B. Rückenurse werden dann durchgeführt und in die Unternehmenskultur verankert, um die Effektivität verhaltenspräventiver Maßnahmen zu steigern. Somit adressiert das BASE-Programm zentrale Strukturelemente zur Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit Rückbezug auf den Setting-Ansatz [27].

- Zusammengefasst ermöglicht das BASE-Konzept die Identifikation von Bedarfen, Risiken und Ressourcen in den verschiedenen Einrichtungen, um auf diese Weise gezielte Maßnahmen zu generieren, welche dazu beitragen, die Gesundheitsziele der Pflegefachkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen.

1.3 Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Präventionsarbeit in der Pflege

Im BGM einer gesundheitsförderlichen Pflegeeinrichtung können unterschiedliche Bereiche der Verhältnis- und Verhaltensprävention adressiert werden. Grundsätzlich sollten diese darauf abzielen, eine Belastungsreduktion für a) körperliche, b) psychische und c) umwelt- oder organisationsbedingte Belastungsfaktoren zu reduzieren.

a. *Maßnahmen zur Reduktion körperlicher Belastungen in der stationären Altenpflege*

Trotz eines hohen Bedarfs an Maßnahmen zur Reduktion von Risikofaktoren für die Entstehung von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist aktuell wenig über die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Reduktion von Schulter-, Nacken- und Rückenbeschwerden in der Pflege bekannt [44–47]. Für andere Berufsgruppen konnte bereits erfolgreich gezeigt werden, dass kombinierte Programme aus ergonomischem Training zur Verbesserung der Körperhaltung und Inhalten zum Ausbau physischer Ressourcen (Krafttraining) Rückenbeschwerden effektiv reduzieren [48]. Neuere Untersuchungen deuten auf positive Effekte durch Ergonomietraining und Multikomponententrainingsprogramme (Verbindung von Kraft, Ausdauer, Stressprävention uvm.) auch für die Pflege hin [21] (eine Aufarbeitung relevanter Inhalte und Interventionsmaßnahmen findet sich in Kap. 5).

b. *Maßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen in der stationären Altenpflege*

Eine zentrale Stellschraube zur Gesundheitsförderung von Pflegekräften sind stressreduzierende Interventionsangebote [49, 50]. In der Literatur finden sich hierbei Interventionen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit [51], zum Umgang mit dementen Bewohnenden [51–53], zur Verbesserung der angewendeten Coping-Strategien im Umgang mit Stress [52] sowie Achtsamkeitstraining [54]. Darüber hinaus deuten einige Studien darauf hin, dass körperliche Aktivität Stress positiv beeinflusst [55, 56]. Konkret zeigte sich vor allem die stressreduzierende Wirkung von ausdauerorientierter körperlicher Aktivität [57]. Auch Yoga stärkt durch eine Verbesserung der Achtsamkeit die Gesundheitsressourcen von Pflegekräften [49] (die zentralen Wirkmechanismen und geeignete Interventionsmaßnahmen beschreibt Kap. 6).

c. *Maßnahmen zur Reduktion umwelt- oder organisationsbedingter Belastungsfaktoren in der stationären Altenpflege*

Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen einer guten Führung und Arbeitsorganisation und Faktoren wie u. a. der Arbeitszufriedenheit, Arbeitseffektivität und dem Engagement von Pflegekräften [32]. Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und zum Abbau organisationsbedingter Belastungen wurden bislang hauptsächlich im Setting Gesundheits- und Krankenpflege sowie der ambulanten Pflege durchgeführt. Dabei erfolgte die Umsetzung von Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der Kompetenzen von Pflegekräften, wie beispielsweise in der Kommunikation oder zu Abläufen während der Pflege von Patientinnen und Patienten [58–60]. Darüber hinaus adressierten Maßnahmen die Verbesserung der Struktur und des Prozesses der Arbeitsumgebung in der Pflege, wie z. B. die Organisation des Schichtsystems oder die Reduzierung von Wartezeiten für Pflegebedürftige und das Personal [59, 61], sowie Aspekte wie Führung, Teamarbeit und Autonomie [60, 62], um beispielsweise das physische sowie psychische Wohlbefinden der Pflegekräfte zu steigern, Stress zu reduzieren und die Arbeitsfähigkeit

zu erhöhen. Organisationsstrukturelle Maßnahmen beruhen dabei auf organisationalen Lernprozessen – also Lernprozessen, die in Wechselwirkung zwischen den individuellen Akteuren der Organisation und Anpassungen der Organisation selbst entstehen (weitere Anregungen und Interventionsansätze zeigen Kap. 7 und 4 auf).

1.4 Interaktionen gesundheitlicher Belastungen und Pflegequalität

Insbesondere in Organisationen, deren Tätigkeit durch medizinische Dienstleistungen charakterisiert ist, stehen zwischenmenschliche Beziehungen im Fokus. Diese haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Akteure, aber auch auf die Qualität der Dienstleistung sowie den betriebs- und volkswirtschaftlichen Erfolg einer solchen Organisation. Die psychische und die physische Verfassung aller Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung stehen daher in einer Wechselbeziehung zueinander [63]. So können Emotionen, aber auch psychische Prozesse wie beispielsweise das Stresserleben einer Pflegekraft einen Einfluss auf Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte sowie Pflegebedürftige und deren Angehörige haben. Studien zeigten einen Zusammenhang von besonders hohen Belastungen, Stress und Burnout des Pflegepersonals mit aggressivem Verhalten und Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen und Kolleginnen und Kollegen [13]. Außerdem kann gestresstes Personal schlechter mit Aggressionen der Pflegeheimbewohnenden umgehen und fühlt sich häufiger machtlos, krank und depressiv [64, 65]. Hohe psychische Belastungen steigern darüber hinaus beispielsweise das Risiko von medizinischen Fehlern und unzureichender Versorgung [66]. So zeigte sich, dass Burnout bei Pflegekräften mit Infektionen von Bewohnenden, Beschwerden Pflegebedürftiger und Angehöriger, Stürzen, Medikationsfehlern und geringerer Sicherheit in Verbindung steht [67, 68]. Andererseits gibt es Hinweise, dass sich zufriedene Pflegekräfte auch besser um die Gesundheitsförderung der Pflegebedürftigen kümmern können [69].

Weiterhin führen eine schlechte körperliche und psychischen Verfassung sowie Übergewicht der Pflegebedürftigen zu einem erhöhten Risiko von Rückenbeschwerden der Pflegenden [70]. Somit kann Gesundheitsförderung der Pflegekräfte nicht unabhängig von der Gesundheit der Pflegebedürftigen geschehen und andersherum. Es ist daher essenziell, alle Gruppen der Einrichtung zu adressieren, um Gesundheitsförderung im Kontext Altenpflege als Ganzes einzuführen.

► **Tipp** Die gesetzlich vorgegebene Trennung der Leistungsbereiche zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung in der stationären Pflege und einem gesundheitsfördernden, nachhaltigen Konzept für Pflegebedürftige erschwert einen ganzheitlichen Ansatz [71]. Angesichts der hier beschriebenen Enge der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten ist eine solche Trennung nicht nur beim Handlungsfeld Prävention von Gewalt und psychosozialen Wohlbefinden kaum möglich und wenig sinnvoll. Die Lösung liegt in einem ganzheitlichen Organisationsentwicklungsprozess, der alle Interaktionsprozesse des Settings berücksichtigt.

1.5 Maßnahmen zur Präventionsarbeit für Pflegebedürftige

Die Gesundheit von Pflegebedürftigen kann neben der pflegerischen Grundversorgung durch Präventionsarbeit maßgeblich verbessert werden. Hierbei können trotz Multimorbidität Gesundheitspotenziale in den Handlungsfeldern (1) Ernährung, (2) Bewegung bzw. Körperliche Aktivität, (3) Kognitive Ressourcen, (4) Psychosoziale Gesundheit und (5) Gewaltprävention gefördert werden. Ein wichtiges und zentrales Ziel ist die Förderung oder der Erhalt der Lebensqualität trotz fortschreitender Pflegebedürftigkeit. Zugehörige Pflege- und Präventionskonzepte sollten daher auch Werte- und Sinnperspektiven adressieren [72].

Zudem gilt es Maßnahmen zu entwickeln, die nicht nur Pflegebedürftige mit vorhandener Mobilität, kognitiver Leistungsfähigkeit und psychischer Stabilität adressieren [69]. Der *Leitfaden Prävention* in stationären Pflegeeinrichtungen [73] beschreibt die relevanten Handlungsfelder für Präventionsarbeit wie folgt:

Handlungsfeld 1: Ernährung

In der stationären Pflege ist Mangel- oder Fehlernährung ein viel beachtetes Problem, das sowohl Auswirkungen auf die physische als auch auf die psychische Konstitution von Pflegeheimbewohnenden hat. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) veröffentlichte in Zusammenarbeit mit weiteren Fachgesellschaften eine S3-Leitlinie zur klinischen Ernährung in der Geriatrie [74]. Die darin enthaltenen 60 Empfehlungen zur Ernährungsversorgung älterer Menschen beinhalten Grundlagen klinischer Ernährung und relevanter Indikationen wie beispielsweise bei Dysphagie, aber auch spezifische Struktur- und Prozessanforderungen für die Ernährungsversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, um Mangelernährung gezielt vorzubeugen. Wie diese Empfehlungen in der stationären Altenpflege umgesetzt werden können, beschreibt Kap. 12.

Handlungsfeld 2: Bewegung

Das Handlungsfeld umfasst u. a. Aspekte der Alltagsmobilität und Sturzprävention. Eine Vielzahl von Pflegebedürftigen ist körperlich inaktiv. Längere Zeiträume am Tag werden sitzend oder liegend verbracht, obwohl die Personen selbstständig gehen können [75, 76]. So stellten Jansen und Kollegen [77] fest, dass der Lebensradius von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen (d. h. die soziale und physische Umgebung, in der sich die Pflegebedürftigen täglich bewegen) begrenzt ist und viel Zeit im privaten Zimmer verbracht wird. Das Zusammenspiel von kognitivem Abbau und abnehmender Mobilität führt zu reduzierter körperlicher Aktivität und damit zu einer weiter eingeschränkten Mobilität. Die verminderte Mobilität geht mit einer geringeren kogniti-

ven Stimulation einher, und schließlich entsteht eine Abwärtsspirale in allen Bereichen der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit. Dies ist mit einem erhöhten Sturzrisiko assoziiert. Gleichzeitig ist wissenschaftlich belegt, dass auch im hohen Alter und bei chronischen Krankheiten die Trainierbarkeit von Gehirn und Körper erhalten bleibt. Daher ist die Implementierung spezifischer Trainingsinterventionen zur Förderung der Mobilität bei Pflegeheimbewohnenden von großer Bedeutung und kann zum Erhalt kognitiver und motorischer Ressourcen beitragen. Darüber hinaus haben entsprechende Maßnahmen auch einen positiven Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden, Schlaf, Essverhalten und die Lebensqualität (siehe auch Kap. 13).

Handlungsfeld 3: Kognition

Mit zunehmendem Alter und durch den Einfluss verschiedener Krankheitsbilder reduziert sich häufig die kognitive Leistungsfähigkeit bis hin zu demenziellen Erkrankungen. Eine der wichtigen, hochkomplexen kognitiven Fähigkeiten, die vom altersbedingten Abbau betroffen ist, ist die räumliche Orientierung und Navigation [78–80]. Dieser Abbau lässt sich selbst bei mobilen älteren Menschen beobachten. Zwar scheint das Finden eines Hin- und Rückwegs zu einem bestimmten Ziel in vertrauter Umgebung gut erhalten zu sein [81], das Zurechtfinden in unbekanntem Umgebungen wird im Alter hingegen anspruchsvoller [82–84]. Mit dem Einzug in ein Pflegeheim werden die Pflegebedürftigen einer räumlich herausfordernden neuen Umgebung ausgesetzt, die die Unsicherheit über die Orientierung in der Pflegeeinrichtung und deren Umfeld erhöhen kann. Die erhöhte Unsicherheit bei der Orientierung in der Pflegeeinrichtung und ihrer Umgebung kann ebenfalls zur Reduktion des Bewegungsradius beitragen.

Ein größerer Bewegungsradius wurde mit einer höheren Lebensqualität und guter physischer, kognitiver und psychosozialer Gesundheit in Verbindung gebracht [85, 86]. Im Gegensatz dazu fördert der sitzende Lebensstil von Pflegebedürftigen [87] eine Abhängigkeit bei Aktivi-

täten des täglichen Lebens (ADL, [88]) und erhöht das Sturzrisiko [89]. Um den sitzenden Lebensstil von Pflegebedürftigen zu überwinden und die lebensräumliche Mobilität zu verbessern, könnte für diese Zielgruppe ein räumliches Orientierungstraining mit motorischen Komponenten durchgeführt werden.

Die Verbindung zwischen der kognitiven Leistungsfähigkeit und den motorischen Ressourcen findet sich auch im aktualisierten Leitfaden zur Präventionsarbeit mit Pflegebedürftigen wieder [73]. Der Leitfaden empfiehlt kombinierte Maßnahmen aus kognitiven Übungen mit Bewegungsübungen als wirkungsvoller als reines Gedächtnistraining. Eine Übersicht zugehöriger Interventionsmaßnahmen findet sich in Kap. 14.

Handlungsfeld 4: Psychosoziales Wohlbefinden

Ein weiteres der 5 Handlungsfelder ist die Stärkung des psychosozialen Wohlbefindens.

Dies ist im Kontext der Altenpflege besonders relevant, da Multimorbidität, demenzielle Erkrankungen und die Lebensveränderung durch die Aufgabe des selbstständigen Lebens häufig mit einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit also Einsamkeit und/oder dem Auftreten von depressiven Symptomen einhergeht [6, 90]. Interventionen zur Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens stellen psychische oder soziale Faktoren statt biologische Faktoren in den Vordergrund [6, 90]. Hierzu gehören z. B. Psychotherapieformen und Gesundheits-erziehung sowie Interventionen mit einem Fokus auf gesellschaftliche Unterstützung, soziale Kontakte oder gesellschaftliche Netzwerke. Auch gruppenbezogene Bewegungsangebote können zu den zentralen Maßnahmen gerechnet werden, wenn sie mit der Intention implementiert werden, das psychosoziale Wohlbefinden zu stärken [20, 91]. In der Praxis sind somit körperliche, soziale, edukative und kognitive Maßnahmen sowie Maßnahmen, die die Umgebungsgestaltung betreffen, zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit umsetzbar. Weitere Hinweise zur gezielten Umsetzung umfasst Kap. 15.

Handlungsfeld 5: Gewaltprävention

Pflegeeinrichtungen sind aufgefordert, Handlungsleitlinien oder Konzepte zur Prävention von Gewalt in der Pflege zu entwickeln und umzusetzen. Dafür sind ein partizipativer Ansatz sowie die Verortung entsprechender Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor Ort vorgesehen und empfehlenswert [73]. Pflegebedürftige sind Studien zufolge einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer von Gewalt zu werden, wobei auch Vernachlässigung eine Form der Gewalt darstellt.

Es gibt daher einen großen Bedarf an wirksamen Maßnahmen zur Gewaltprävention in Pflegesettings. Erste Schulungsprogramme des Pflegepersonals zeigen positive Effekte. Die Studienlage ist hier jedoch nach wie vor schwach und es bedarf sorgsamer Evaluationen vorhandener Projekte und Initiativen. Interventionen zielen darauf ab, Beschäftigte und Angehörige für Gewalt zu sensibilisieren und insbesondere den Pflegefachkräften Handlungskompetenzen zu vermitteln. Neben mangelnder Sensibilität hinsichtlich verschiedener Gewaltformen und Handlungsunsicherheit im Umgang mit Gewalt wurden mit den Interventionen häufig fehlende Informationsweitergabe, ungünstiges Kommunikationsverhalten und fehlende Ansprechpersonen adressiert [92–94]. Kap. 16 beschreibt das Vorgehen im PEKo-Projekt (Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimodalen Konzeptes zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen), welches die Bereiche Sensibilisierung und Information, Kommunikation und Teamzusammenarbeit, Selbstreflexion und personenzentrierte Pflege, Handlungssicherheit sowie Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung adressiert.

Zusammenfassend in der Reflexion aller 5 Handlungsfelder lässt sich festhalten, dass analog zum BGM einer gesundheitsförderlichen Pflegeeinrichtung auch für die Pflegebedürftigen unterschiedliche Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention umgesetzt werden sollten. Somit lassen sich auch für Pflegebedürftige a) körperliche, b) psychische und c)

umwelt- oder organisationsbedingte Belastungsfaktoren reduzieren. Zudem ermöglichen gezielte Interventionsmaßnahmen den Ausbau körperlicher, psychischer und psychosozialer Ressourcen, reduzieren Gewalt und erhöhen die Lebensqualität.

Zusammenfassung

Strukturelle Rahmenbedingungen in Altenpflegeeinrichtungen und stark belastetes Personal stellen Ansatzpunkte zur Implementierung von gesundheitsfördernden Strukturen und Maßnahmen des BGM dar. Gleichzeitig bedingen diese Voraussetzungen die erforderliche Zustimmung aller Akteure in den Einrichtungen. Damit in Zukunft eine zielgruppenorientierte Präventionsarbeit für das Setting Pflege bedarfsgerecht weiterentwickelt werden kann, ist es notwendig, neben evidenzbasierten Interventionen auch eine Idee zu vermitteln, wie erfolversprechende Maßnahmen in Zukunft in den Betrieben umgesetzt werden können.

Die Gründe für die fehlende Umsetzung von vorhandenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Pflege sind vielfältig. Settingspezifische Faktoren wie Fachkräftemangel, Zeitdruck der Pflegekräfte, Schichtarbeit und organisatorische Barrieren führen dazu, dass es häufig zu einer geringen Akzeptanz unter dem Pflegepersonal, den verantwortlichen Führungskräften sowie zu kleinen Stichproben, geringen Teilnahmequoten und hohen Abbruchraten in Maßnahmen kommt [49]. Darüber hinaus können die Arbeitsbedingungen wie Stress durch Termindruck das Gesundheitsverhalten der Pflegekräfte beeinflussen, wodurch die Durchführung von gesunden Verhaltensweisen, z. B. eine gesunde Ernährung oder die Einhaltung von Erholungspausen, erschwert wird [95]. Dies verdeutlicht, dass in dem Setting der Pflege ein besonderer Fokus auf die Schaffung von Akzeptanz und entsprechenden Rahmenbedingungen zur wissenschaftlich fundierten Implementierung und Evaluation von Maßnahmen gelegt werden muss. Ein partizipativer Ansatz ist in diesem Setting daher unerlässlich. Es gilt hier in besonderem