

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

P11-146

**Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in
der stationären Langzeitversorgung**

Ergebnisse einer Expertenbefragung

Annett Horn, Doris Schaeffer

Bielefeld, März 2011

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880

Telefax: (0521) 106 - 6437

E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Das vorliegende Paper ist Bestandteil eines Projekts, welches sich dem Thema „Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung“ widmet und im Rahmen eines auf insgesamt sieben Jahre angelegten Kooperationsvorhabens mit dem Ludwig Boltzmann Institut for Health Promotion Research/Österreich durchgeführt wird. In ihm werden Ergebnisse einer Expertenbefragung präsentiert, die im Anschluss an eine Literaturanalyse durchgeführt wurden (Brause et al. 2010; Horn et al. 2010).

Zu diesem Zweck wurden bundesweit 14 professionelle Akteure aus dem Setting stationäre Langzeitversorgung in Deutschland in Experteninterviews befragt. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung einem weitreichenden Wandel unterliegen, mit dem sie strukturell, konzeptionell und personell bzw. qualifikatorisch nicht Schritt halten konnten. Die daraus erwachsenen Probleme stellen sich aus Expertensicht als drängender dar als Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention. Zwar wird auch ihnen hohe Relevanz beigemessen, doch stehen sie in der Hierarchie der anzugehenden Probleme nicht an ranghöchster Stelle. Gleichwohl haben Fragen der Gesundheitsförderung den Experten zufolge an Stellenwert gewonnen – vor allem auf der Ebene der Mitarbeitergesundheit. Nutzerorientierte Gesundheitsförderung ist ein noch relativ unvertrautes Thema. Das zeigt sich unter anderem an begrifflichen Unklarheiten, ebenso daran, dass Unsicherheit herrscht, wie Gesundheitsförderung und Prävention überhaupt konzeptionell zu fassen sind und wie sie sich von Qualitätsbemühungen und „guter aktivierender Pflege“ unterscheiden. Es wird aber auch daran sichtbar, dass bisherige Bemühungen in der Praxis offenbar durch ein eher tentatives Vorgehen geprägt sind. Unter Implementationsgesichtspunkten betrachtet zeigen die Experteninterviews, dass in der stationären Langzeitversorgung vielerorts noch kein ausreichendes Problembewusstsein über Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention vorhanden ist. Dies zu schaffen, stellt eine wichtige Voraussetzung und Aufgabe bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen dar. Kompetenzförderung/Capacity Building in den Einrichtungen sind weitere Voraussetzungen.

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Zur Situation in der stationären Langzeitversorgung.....	3
3. Methodisches Vorgehen.....	6
4. Ergebnisse	8
4.1 Aktuelle Herausforderungen in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung	8
4.2 Gesundheitsförderung – ein Thema in der Langzeitversorgung?.....	19
4.2.1 Gesundheitsförderung für die Nutzer/ Bewohner.....	22
4.2.2 Gesundheitsförderung für Angehörige	27
4.2.3 Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/betriebliche Gesundheitsförderung.....	27
5. Fazit.....	31
6. Literaturverzeichnis	34

1. Einleitung

Infolge der voranschreitenden demografischen Alterung ist auch in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten mit einem erheblichen Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen zu rechnen (Beske et al. 2009; FES 2009; SVR 2009). Um diese Entwicklung aufzufangen, wird u. a. der Prävention von Pflegebedürftigkeit höhere Aufmerksamkeit als bislang zukommen müssen, ebenso der Gesundheitsförderung trotz chronischer Krankheit, Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit (Schaeffer/Büscher 2009). Die notwendige Diskussion um diese Aufgaben wird hierzulande bislang allenfalls rudimentär geführt, wie die vorliegende Literatur bestätigt (Garms-Homolová 2008; Kuhlmeier/Schaeffer 2008; Schaeffer/Büscher 2009; Walter 2008).

Hier liegt der Ausgangspunkt eines Projektvorhabens, aus dem an dieser Stelle berichtet wird. Gemeinsam mit dem Ludwig Boltzmann Institut for Health Promotion Research (LBIHPR) in Wien widmet es sich dem Thema „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“ und damit einem wenig beachteten, doch zugleich brisanten Feld. Denn die demografische Alterung ist auch für die Langzeitversorgung mit zahlreichen Konsequenzen verbunden. Das gilt vor allem für die stationäre Altenhilfe, die im Mittelpunkt des Projektvorhabens steht. Sie ist in Deutschland in den vergangenen Jahren zusehends unter Problemdruck geraten, weil sich die Zusammensetzung und Situation der Klientel deutlich verändert haben, die Konzepte der Einrichtungen und auch die Arbeitsbedingungen der Pflege mit dieser Entwicklung aber nicht Schritt halten konnten (Büscher/Wingefeld 2008; Schäufele et al. 2007), was seinen Niederschlag nicht zuletzt in zunehmenden sozialen und gesundheitlichen Belastungen der Mitarbeiter findet. Gesundheitsförderung und -erhaltung sind daher gerade in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung zu einem in mehrfacher Hinsicht relevanten Thema geworden.

In dem sowohl in Österreich wie Deutschland durchgeführten Projekt wird angestrebt, gesicherte Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation in der Langzeitversorgung zu gewinnen und zur Entwicklung von evidenzbasierten Gesundheitsförderungskonzepten beizutragen. In einem *ersten Schritt* erfolgte bereits eine Literaturanalyse, in der nach dem Gesundheitszustand und den verbliebenen Gesundheitspotenzialen sowohl der meist hochaltrigen Nutzer¹ (Horn et al. 2010) wie auch der Pflegekräfte (Brause et al. 2010) gefragt wurde und zugleich eine Bestandsaufnahme vorliegender Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung für beide Zielgruppen erfolgte (Brause et al. 2010; Horn et al. 2010; Schaeffer/Büscher 2009). In einem *zweiten Schritt* wurde eine Expertenbefragung² durchgeführt, der in einem *dritten Schritt* eine quantitative Erhebung der Mitarbeiter- und Nutzergesundheit folgen wird. Auf der Basis dieser Daten werden in einem *vierten Schritt* evidenzbasierte Interventionen zur Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe entwickelt, modellhaft erprobt und evaluiert.

¹ Hiermit sind selbstverständlich auch Nutzerinnen gemeint.

² Dieser Schritt ist Gegenstand des vorliegenden Berichts.

Der *zweite Schritt* ist Inhalt dieses Berichts. Er widmete sich der Erhebung und Auswertung von *Experteninterviews* mit ausgewählten Vertretern der stationären Altenhilfe in Deutschland, in der Regel Leitungskräfte großer Träger. In den Interviews wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Situation in der stationären Langzeitversorgung aus Expertensicht darstellt, welchen Stellenwert Gesundheitsförderung in der Problemhierarchie in diesem Versorgungssektor einnimmt, wie der Bedarf an Gesundheitsförderung eingeschätzt wird, welche Maßnahmen für welche Zielgruppe (Mitarbeiter/Nutzer) existieren bzw. als sinnvoll erachtet werden und auf welches Bedingungsgefüge die Umsetzung von Gesundheitsförderung stößt. Die Ergebnisse dieser Befragung sind Gegenstand des Berichts. Sie geben Einblick in die zahlreichen Herausforderungen in der stationären Altenhilfe und auch in die Implementationsvoraussetzungen und -hürden, auf die Gesundheitsförderungsinterventionen in der stationären Langzeitversorgung stoßen und die bei der Realisierung entsprechender Projekte zu beachten sind.

Der Aufbau des Berichts stellt sich folgendermaßen dar: Zunächst wird die Situation in der stationären Langzeitversorgung skizziert, um einen Einblick in die aktuelle Problemlage dieses Feldes zu geben (Kapitel 2). Im Anschluss daran wird das methodische Vorgehen beschrieben (Kapitel 3) und dann werden die Ergebnisse der Expertenbefragung näher dargestellt (Kapitel 4). Sie werden abschließend (Kapitel 5) diskutiert mit dem Ziel, Hinweise für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der stationären Altenhilfe zu gewinnen.

2. Zur Situation in der stationären Langzeitversorgung

Zahlreiche Expertenberichte der letzten Jahre zeigen, dass der demografische Wandel in den nächsten Jahrzehnten an Tempo gewinnen, damit einhergehend der Anteil alter und hochaltriger Menschen weiter wachsen und die Zahl Pflegebedürftiger stark zunehmen wird. Geschätzt wird, dass sie sich in Deutschland von derzeit 2,25 auf 4,35 Mio. bis 2050 erhöhen und damit nahezu verdoppeln wird (SVR 2009). Für das Gesundheits- und Sozialwesen wirft diese Entwicklung vielfältige Herausforderungen auf. Um ihnen angemessen zu begegnen, wird erforderlich sein, verstärkt in die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit zu investieren und Prävention und Gesundheitsförderung auch in den Bereichen zu etablieren, die bisher noch nicht oder nur marginal in den Blick genommen wurden, so etwa in der Langzeitversorgung.

Fragen wir zunächst, was unter *Langzeitversorgung* (Long-Term Care, LTC) zu verstehen ist. Der ursprünglich aus dem anglo-amerikanischen Sprachgebrauch kommende und im deutschen Sprachraum selten genutzte Begriff wird definiert als „a wide range of health and health-related support services provided on an informal or formal basis to people who have functional disabilities over an extended period of time with the goal of maximizing their independence“ (Evashwick 2005). Er zielt somit auf die Versorgung *aller* Menschen, die über einen längeren Zeitraum an Gesundheits- und Funktionseinschränkungen leiden und denen durch Bereitstellung bedarfsgerechter formeller bzw. professioneller und informeller Versorgungsmaßnahmen größtmögliche Unabhängigkeit gewährt werden kann und sollte. Zur Langzeitversorgung gehören somit zahlreiche Versorgungsbereiche, nicht allein die pflegerische Versorgung, wie in Deutschland oft assoziiert, sondern all jene, die nicht einzig auf Heilung von akuten und kurzfristig zu behebenden Gesundheitsproblemen zielen.

In dem vorliegenden Bericht wird ein Teilbereich der Langzeitversorgung in den Blick genommen: Die stationäre Altenhilfe bzw. die stationäre pflegerische Langzeitversorgung. Sie gilt als eine der bedeutsamsten Säulen der Langzeitversorgung in Deutschland und unterliegt seit einigen Jahren einem weitgreifenden Wandlungsprozess, der längst nicht abgeschlossen ist.

Zur Hauptklientel gehören hier inzwischen überwiegend hochaltrige Menschen. Die sogenannten „jüngeren Alten“ bleiben dem Heimsektor heute meist fern (Horn et al. 2010). Auch rüstige Ältere sind seit Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland zunehmend weniger in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu finden. Vornehmlich leben hier inzwischen Menschen in hohem Alter, die unter chronischer Krankheit, vielfach Demenz, Multimorbidität und dauerhaften Funktionseinschränkungen leiden, hohen Pflegebedarf haben und abhängig von der Hilfe anderer sind. Wie dies andeutet und die wenigen vorliegenden Daten bestätigen (Schneekloth/Wahl 2007), zeichnet sich ihre Situation meist durch gesundheitliche *Fragilität und Vulnerabilität* aus (Schaeffer/Büscher 2009).

Fragilität ist aber nicht nur ein Merkmal der Nutzer der stationären pflegerischen Langzeitversorgung, sondern auch der dort tätigen Mitarbeiter. Eben weil die gesundheitliche Situation der Nutzer schwieriger

geworden ist, sind auch die Belastungen der Mitarbeiter in den vergangenen Jahren gestiegen (zusammenfassend Brause et al. 2010). So zeigen vorliegende Untersuchungen, dass Altenpflegerinnen deutlich häufiger von psychosomatischen Beschwerden (hier liegen sie mit 44% über dem Durchschnitt der sonstigen berufstätigen Bevölkerung) und einem schlechteren psychischen Gesundheitszustand (mit 12% über dem Durchschnitt) betroffen sind (Berger et al. 2003). Im Vergleich zu anderen Branchen liegen ein höherer Krankenstand sowie längere Ausfallzeiten vor. Auch Burn-Out Syndrome und unzureichende Arbeitszufriedenheit sind keine Seltenheit (Berger et al. 2003; FfG 2004; Nolting et al. 2001). Exemplarisch zeigt dies, dass es offensichtlich auch größerer Investitionen in die Gesundheitserhaltung und -förderung der Mitarbeiter bedarf (Brause et al. 2010), ebenso allerdings – wie hier der Wichtigkeit halber wiederholt sei – in die der Nutzer, also der meist pflegebedürftigen Klientel der stationären Altenhilfe und ihrer Familienangehörigen (Horn et al. 2010; Schaeffer/Büscher 2009).

Die Vorstellung, sich auch im Heimsektor mit Gesundheitsförderung und Prävention zu beschäftigen, stieß in Deutschland lange Zeit auf Befremden und angesichts der in diesem Bereich vorfindbaren Problemmulatioon (Wingenfeld 2008) nicht realisierbar. Verstärkt wurde die bestehende Skepsis dadurch, dass die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, aber auch in der Pflege, hierzulande bislang unterschätzt wurde. Damit in Übereinstimmung steht, dass auch die Präventionsdebatte auf das jüngere und mittlere Lebensalter und die Primärprävention konzentriert war. Durch die internationale Diskussion und zunehmend mehr erscheinende Studien, die auf die trotz chronischer Gesundheitseinbußen noch bestehenden gesundheitlichen Potenziale hinweisen, beginnt sich zaghaft ein Umdenken abzuzeichnen und wird zumindest dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter auch in Deutschland mehr Beachtung gewidmet (Garms-Homolová 2008; Kuhlmeier 2008; Schaeffer/Büscher 2009; SVR 2009; Walter 2008).

Fragen wir an dieser Stelle kurz, wie sich Prävention und Gesundheitsförderung definieren und unterscheiden. Während *Prävention* auf die Verhinderung des Eintritts sowie der Ausweitung von Gesundheitseinbußen, Krankheiten und auch Pflegebedürftigkeit durch Ausschaltung entsprechender Gesundheitsrisiken zielt, strebt *Gesundheitsförderung* das Erzielen eines Gesundheitsgewinns durch Stärkung von Gesundheitspotenzialen und Optimierung des individuellen und kollektiven Gesundheitsverhaltens an. Gesundheitsförderung fragt also weniger nach speziellen Risiken, sondern richtet die Aufmerksamkeit auf die Ressourcen, Schutzfaktoren und Bedingungen, die zur Stärkung der Gesundheit beitragen und Menschen befähigen, ihre Gesundheit zu erhalten und mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen (Hurrelmann/Horn 2011; Hurrelmann et al. 2004). In der Pflege/pflegerischen Versorgung hat sie zudem das Ziel, weiteren Ressourcenverlust aufzuhalten und die trotz beeinträchtigter Gesundheit vorhandenen Ressourcen und Widerstandsfähigkeit zu stärken (Schaeffer i.E.).

Die Potenziale von Gesundheitsförderung im Alter sind in den letzten Jahren vielfach Gegenstand von Studien geworden (zusammenfassend Horn et al. 2010; Kuhlmeiy 2008). So belegen neuere Studienbefunde inzwischen recht umfangreich, dass auch alte Menschen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen profitieren können und ebenso, dass die für andere Altersgruppen favorisierte Trias von Bewegung, Ernährung und Stärkung der Bewältigungskompetenz/Resilienz auch für diese Zielgruppe sinnvoll sein dürften. Vor allem der Bewegung kommt – so zeichnet sich ab – hohe Bedeutung für die Gesundheitserhaltung auch im Alter zu (Kuhlmeiy 2008; Renner/Staudinger 2008; Schaeffer/Büscher 2009; Schwartz et al.).

Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass die meisten der vorliegenden Studien (und auch Maßnahmen) auf die Gruppe der „jungen Alten“ zielen. Die sogenannten „alten Alten“ und „ältesten Alten“ stehen bislang selten im Blickfeld (zusammenfassend Schaeffer/Büscher 2009; Horn et al. 2010). Das gilt auch für die stationäre pflegerische Langzeitversorgung und ihre oft pflegebedürftigen und/oder demenziell erkrankten Nutzer. Hier bestehen noch Wissensdefizite und dies ist der Grund, weshalb sie im Mittelpunkt des Projektvorhabens stehen. Zugleich zeichnet sich in der Literatur mehr und mehr Konsens darüber ab, dass Menschen im höheren und hohen Alter und das Setting „Langzeitversorgung“ nicht länger aus der Diskussion über Prävention und Gesundheitsförderung ausgespart werden können, allerdings die Besonderheiten dieser Zielgruppen und des Settings stärkerer Beachtung bedürfen. Mit anderen Worten: Sowohl die Fragilität und Vulnerabilität der Zielgruppen wie auch die das Setting stationäre pflegerische Langzeitversorgung aktuell charakterisierende „Problemkumulation“ werden bei der Entwicklung von Interventionskonzepten zu berücksichtigen sein (Schaeffer/Büscher 2009). Das gilt auch für die belastete Situation der Mitarbeiter, die in Deutschland ihrerseits mehr und mehr Gegenstand von Interventionen im Rahmen betrieblichen Gesundheitsmanagements wird (Brause et al. 2010).

Besteht in der Literatur also noch etwas zaghafte, so aber doch zunehmender Konsens über das „ob“ und die Wichtigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung, so ist unklar, wie sich die Einschätzung der Praxis darstellt. Wie wird dort in der Versorgungsrealität die Situation der stationären Langzeitversorgung beurteilt? Wie wird das Thema „Gesundheitserhaltung/Gesundheitsförderung“ gesehen, welche Relevanz wird ihm beigemessen, welche Maßnahmen werden bereits erprobt und welche für die Zielgruppen (Mitarbeiter und Nutzer) für sinnvoll erachtet bzw. welche nicht und wie stellen sich dort die Implementationsbedingungen dar? Um diese Fragen beantworten zu können, wurde eine Expertenbefragung durchgeführt und ausgewertet. Fragen wir zunächst, wie dabei vorgegangen wurde, bevor die Ergebnisse dargestellt werden.

3. Methodisches Vorgehen

Durchgeführt wurden Experteninterviews³ mit professionellen Akteuren aus der stationären pflegerischen Langzeitversorgung – konkret: Leitungskräften großer Träger – mit dem *Ziel*, eine Binnensicht auf die aktuelle Situation in der stationären Altenhilfe zu erhalten und das Erfahrungswissen der Leitungskräfte zu ermitteln, aber auch um bereits im Vorfeld Erkenntnisse darüber zu gewinnen, mit welchen Implementationsbedingungen und -hürden die Umsetzung von Gesundheitsförderung in diesem Setting zu rechnen hat.

Die Expertenbefragung basierte auf qualitativen leitfadengestützten Interviews, die sich thematisch auf folgende Aspekte konzentrierten:

- Fragen zur Situation in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung und den dort bestehenden Herausforderungen,
- Fragen zur Einschätzung der Relevanz von Gesundheitsförderung in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung,
- Vorhandene Erfahrungen mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung,
- Vertiefende Fragen zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Nutzer (Bewohner und Angehörige) und die Mitarbeiter (Pfleger) in der Einrichtung.

Ursprünglich angefragt wurden im Frühjahr 2010 insgesamt 20 Experten aus der stationären pflegerischen Langzeitversorgung, die über bestehende Netzwerke (kooperierende Einrichtungen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld) und über ein Schneeballsystem bundesweit identifiziert wurden. Befragt wurden vierzehn Experten. Sieben Experteninterviews fanden in den Einrichtungen, in denen die Experten tätig sind, statt und sieben Interviews wurden telefonisch geführt. Sie dauerten zwischen 45 und 90 Minuten. Die befragten Experten konnten auf Wunsch im Vorfeld den Leitfaden einsehen. Auf dieses Angebot gingen sechs Interviewpartner ein. In diesen Interviews wurde deutlich, dass sich die Experten intensiv vorbereitet hatten. Neun von 14 Interviews konnten aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert werden. Von jedem Interview wurden nach dem Gespräch/Telefonat ein Memo sowie ein ausführliches Protokoll angefertigt. Für die nicht aufgezeichneten Interviews waren diese Schriftdokumente zugleich Grundlage für die Datenanalyse. Bei den anderen Interviews dienten diese Dokumente als ergänzendes Datenmaterial zu den Transkripten.

Unter den befragten Experten befanden sich ausschließlich Personen mit langjähriger Berufserfahrung in der stationären Langzeitversorgung. Unter Qualifizierungsgesichtspunkten betrachtet, reicht das Spektrum von Pflegefachkräften mit Weiterbildung, Pflegewissenschaftlern und Juristen bis zu Sozialarbeitern. Im Einzelnen setzt sich das Sample wie folgt zusammen. Befragt wurden:

³ Die Experten werden zum Zweck der Anonymisierung ausschließlich in männlicher Form beschrieben, um Rückschlüsse auf die Personen zu verhindern. Unter den Experten befanden sich sechs Frauen und acht Männer.

- ein Geschäftsführer eines Altenpflegeheims mit mehr als 100 Bewohnern, der zunächst einige Jahre als Pflegedienstleitung (PDL) tätig war, bevor er die Geschäftsführung beim Träger übernahm,
- eine langjährig tätige Heimleitung in einem Altenpflegeheim mit mehr als 100 Bewohnern,
- zwei PDLs von Altenheimen,
- drei Qualitätsbeauftragte, von denen eine Person für eine Einrichtung zuständig ist, eine für einen Träger mit mehr als 10, die dritte für einen Träger mit mehr als 20 Einrichtungen,
- ein Mitarbeiter der Heimaufsicht,
- zwei Personen, die jeweils seit Jahren im Vorstand großer Träger an der Weiterentwicklung der Langzeitversorgung beteiligt sind,
- ein Sozialarbeiter,
- ein Referent für Pflege, der seit langem bei einem großen Träger beschäftigt ist,
- ein Referent für Altenhilfe, der bei einem privaten Träger angestellt ist und
- ein Referent für Altenhilfe, der bei einem kirchlichen Träger angestellt ist.

Die Interviews wurden im Winter und Frühjahr 2009/10 über einen Zeitraum von sechs Monaten erhoben. Parallel zur Erhebung erfolgte die Datenaufbereitung (Protokollierung, Transkription) und die Auswertung. Die Analyse des transkribierten Materials und der Memos erfolgte mit Hilfe der themenbezogenen Analyse (Meuser/Nagel 2002).

Die *Datenerhebung* verlief ohne große Probleme. Es zeigte sich jedoch nach zwei geführten Interviews, dass der Leitfaden leicht modifiziert werden musste, weshalb er noch einmal überarbeitet wurde. Mit dem Ablauf der Interviews hatten die befragten Experten keine Schwierigkeiten. Der Aufbau des Leitfadens (von der allgemeinen Problemsituation in der stationären Langzeitversorgung zur Umsetzung von Gesundheitsförderung) entsprach in allen Interviews dem Rede-/Erzählfluss der Experten. Mit Hilfe des Leitfadens war es möglich, die Interviews in der Datenerhebung auf die anvisierten Themen zu fokussieren (Meuser/Nagel 1997).

Die *Datenauswertung* orientierte sich, wie von Meuser und Nagel (1997) empfohlen, an thematischen Einheiten (Meuser/Nagel 1997), die der Struktur des Leitfadens entsprachen. Darüber hinaus sicherte der gemeinsame Kontext der befragten Experten – langjährige Tätigkeit in der stationären Langzeitversorgung – die Vergleichbarkeit der Interviewtexte.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden zunächst die aktuellen Herausforderungen dargestellt, denen sich den Experten zufolge die Einrichtungen der stationären pflegerischen Langzeitversorgung zurzeit stellen müssen. Diese haben einen wesentlichen Einfluss auf Umsetzungsmöglichkeiten von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und sollen daher näher erläutert werden. Im Anschluss daran werden die Einschätzungen zum Thema „Gesundheitsförderung“ geschildert. Dies geschieht jeweils für die verschiedenen Ebenen: Nutzer und Mitarbeiter.

4.1 Aktuelle Herausforderungen in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung

Insgesamt befindet sich die stationäre Altenhilfe – so bestätigen die Interviews – in einem weitgreifenden Veränderungsprozess und steht vor zahlreichen noch nicht befriedigend gelösten Herausforderungen. Im Einzelnen nach diesen Herausforderungen befragt, antworten die befragten Experten, dass sie der „zunehmende Hilfebedarf“ (Int. II⁴: 13), die „wachsenden Anforderungen an die Mitarbeiter in der Langzeitversorgung“ (Int. V: 14-15) und die „Rahmenbedingungen“ sowie der „Personalmangel“ (Int. III: 7), bzw. „Pflegenotstand“ (Int. I: 30) vor Probleme stellt. Betrachten wir dies nachfolgend eingehender.

Veränderung des Nutzungsverhaltens – zunehmender Hilfebedarf

Eine wesentliche Ursache für den sich in der stationären Altenhilfe vollziehenden Wandel sehen die befragten Experten darin, dass sich die Zusammensetzung wie auch das Nutzungsverhalten der Klientel geändert haben. Kamen ältere Menschen früher, um den Lebensabschnitt „Alter“ im (Wohn-)Heim zu verbringen, so bevorzugen sie heute so lange wie möglich in der vertrauten häuslichen Umgebung zu bleiben. Einen Umzug in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe ziehen sie meist erst zu einem Zeitpunkt im Lebenslauf in Betracht, zu dem sie bereits hochaltrig sind und oft sogar erst dann, wenn sie „schwerstpflegebedürftig“ (Int. III: 7-10) geworden sind. Damit einhergehend ist – wie in der Literatur (Schaeffer/Büscher 2009, Wingenfeld 2008), aber auch von den befragten Experten betont wird – das Heimeintrittsalter gestiegen und die Verweildauer in den Einrichtungen gesunken:

„Die Bewohner sind ja nicht mehr jahrelang bei uns, sondern manchmal sind das nur ein paar Wochen oder es ist mal ein halbes Jahr. Das (...) wird ja immer kürzer sozusagen, da sie immer später kommen“ (Int. III: 190-192).

⁴ Die geführten Interviews wurden zur Anonymisierung bei der Transkription mit römischen Ziffern nummeriert, die Zeilen jeweils durchnummeriert. Im Text tauchen diese Zahlen als Quellennachweis von Zitaten auf.

Wie auch in der Literatur diskutiert wird, hat diese Entwicklung gravierende Veränderungen nach sich gezogen, die auch die Experten im Versorgungsalltag zu spüren bekommen.

Die Nutzergruppen lassen sich noch differenzierter beschreiben und sind aus Expertensicht in folgende Gruppen zu unterteilen:

- 1) Menschen in den Spätstadien chronischer Krankheit und mit unterschiedlichen körperlichen Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen (Int. I; III; IV; VIII),
- 2) Menschen am Lebensende, bei denen eine palliative Versorgung ansteht (Int. I; X),
- 3) Menschen mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen (Int. I; III; IV; VIII; X) und
- 4) gesundheitlich relativ stabile, allein stehende ältere Menschen, die sich nicht mehr autonom versorgen können (Int. IV; IX; XII).

Der Unterstützungs- und Pflegebedarf dieser Gruppen ist sehr unterschiedlich und zieht entsprechend unterschiedliche Konsequenzen für die Einrichtungen nach sich – auch dies ist eine Veränderung, mit der sie umzugehen lernen müssen, so die Experten.

Zu 1) *Menschen mit chronischen Krankheiten* machen heute das Gros der Nutzer stationärer Einrichtungen aus. Oft leiden sie unter unterschiedlichsten Funktionseinschränkungen, sind kaum noch mobil, daher häufig bettlägerig und benötigen in beinahe allen Alltagsaktivitäten Unterstützung (z. B. Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung). Sie haben hohen Bedarf an Grundpflege wie auch an Behandlungspflege (z. B. regelmäßige Medikation, Wundversorgung), für dessen Abdeckung neben unterstützender und betreuender auch fachpflegerische Kompetenzen notwendig sind, um die meist fragile Situation einigermaßen stabil halten zu können. Der Wechsel in die stationäre Langzeitversorgung erfolgt bei ihnen inzwischen meist „*viel zu spät*“ (Int. III: 7-10), so dass bereits die Abwärtsentwicklung im progredienten (Krankheits-)Verlauf eingetreten ist und keine Zustandsverbesserung mehr eingeleitet werden kann.

Zu 2) Nicht wenige Nutzer kommen „*auch schon sterbend*“ (Int. III: 47) in die Einrichtungen und versterben oft innerhalb kurzer Zeiträume. Meist werden diese Nutzer mit einem hohen Bedarf an Behandlungspflege direkt aus dem Akutkrankenhaus in eine Einrichtung der Langzeitversorgung entlassen (Stichwort „*blutige Entlassungen*“ – Int. I). Ihr Umzug wird häufig medizinisch begründet und das hat zur Konsequenz, dass die Nutzer (wie auch ihre Familienangehörigen) von einer Verbesserung ihres Zustandes durch den Aufenthalt in der Einrichtung ausgehen. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, sind die Enttäuschungen beim Betroffenen und seinen Angehörigen groß. Nicht selten führt dies zu Konflikten mit den Mitarbeitern der Einrichtungen, da sie für die Abwärtsentwicklung verantwortlich gemacht werden. Bei diesen Nutzern sind die Anforderungen an die Mitarbeiter noch einmal anders gelagert als bei der ersten Nutzergruppe. Die Betreuung und Versorgung dieser Nutzer erfordert spezielle (palliativpflegerische) Kompetenzen, die gleichermaßen die Vorbereitung auf das nahende Lebensende und die Begleitung beim Sterben, den Umgang mit regelmäßiger Schmerzmedikation

und Kenntnisse des Wundmanagements etc. beinhalten. Auf diese Anforderungen beginnen die Heime sich erst langsam einzustellen.

Zu 3) *Demenzkranke Nutzer* leben zwar zumeist länger in den Einrichtungen – die Experten gehen von bis zu zwei Jahren aus – aber auch sie haben einen hohen Bedarf an spezifischer, allerdings anders gelagerter, nämlich gerontopsychiatrischer Betreuung und Pflege, der sich von dem der somatisch Schwerpflegebedürftigen (im Sinne hoher Anteile an Behandlungspflege) Nutzer unterscheidet und entsprechend andere Kompetenzen erfordert. Menschen mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen kommen häufig dann in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe, wenn ihre (Familien-)Angehörigen den Anforderungen der Krankheit nicht mehr gewachsen oder an Belastungsgrenzen geraten sind und als Ausweg und oft letzte Lösung den Umzug in eine stationäre Einrichtung ansteuern. Die Experten sind sich einig, dass der „Anteil an Demenzkranken“ (Int. III: 7-10) in den Einrichtungen steigt und in den kommenden Jahren um ein Vielfaches zunehmen wird. Gerontopsychiatrische Expertise und Kompetenzen in den Einrichtungen vorzuhalten, wird daher zunehmend wichtig.

Zu 4) Zur vierten Gruppe gehören alte und hochaltrige Menschen, die in der Regel noch in einem gesundheitlich relativ stabilen Zustand in die Einrichtungen einziehen, um hier den Lebensabend bzw. den letzten Lebensabschnitt zu verbringen. Oft sind sie *alleinstehend und alleinlebend*. Grund für ihren Einzug sind häufig Verunsicherung und drohende Vereinsamung, die durch diesen Schritt verhindert und vermieden werden soll. Das sind

„diejenigen, die zu Hause allein und einsam gewesen sind, die nichts (...) Geregelttes gehabt haben, denen geht es dann besser hier“ (Int. IV: 13-15).

Ihr Bedarf steht in Übereinstimmung mit dem ursprünglichen Ansinnen der stationären Altenhilfe: Diese Nutzer brauchen Betreuung und Unterstützung, um ein autonomes Leben in einem geschützten Rahmen führen zu können (z. B. Hilfe und Begleitung in sozialen Belangen). Beobachtbar ist in den vergangenen Jahren, dass diese Nutzergruppe zunehmend kleiner wird, weil auch sie länger in der häuslichen Umgebung verbleibt (Büscher/Wingefeld 2008; Schneekloth/Von Törne 2007).

Soweit die unterschiedlichen Nutzergruppen, die sich von der früheren Klientel der Heime deutlich unterscheiden. Machte früher rein quantitativ besehen die zuletzt genannte Gruppe die Mehrheit der Nutzer aus, so ist sie heute die zahlenmäßig kleinste. Die befragten Experten vermuten, dass sich diese Verschiebung in den nächsten Jahren noch weiter fortsetzen könnte. Zugleich vermuten sie, dass sich die künftige Generation auch in kultureller und mentaler Hinsicht von den heutigen Nutzern unterscheiden wird: Denn mit der in den nächsten Jahren älter werdenden Generation 60+ wird – so mutmaßen die Experten – eine „*ganz neue Generation*“ (Int. IV: 70) in die Einrichtungen einziehen, die zum einen „*nicht so bescheiden gelebt hat, wie die Generation, die jetzt in den Einrichtungen lebt*“ (Int. IV: 71-72) und sich nicht ohne weiteres mit den Rahmenbedingungen und damit verbundenen Einschränkungen arrangieren wird. Zum anderen ist dies eine Generation, die viel „*individueller und mobiler (...) gelebt hat, mobiler gewesen ist*“ (Int. IV: 74-78). Die

Experten erwarten, dass sie auch bei eintretender (Schwer-) Pflegebedürftigkeit Wünsche mitbringen, die „*Vorstellung (haben), dass sie auch dann so weiterleben*“ (Int. IV: 79-82) und ihre Bedürfnisse nach Mobilität und Unabhängigkeit entsprechend hoch sind. Durch diese Entwicklung dürfte der Bedarf an individualisierter Betreuung wachsen, damit einhergehend werden sich die Anforderungen an die Einrichtungen in Zukunft weiter verändern und neue Anpassungsleistungen hervorrufen.

Die beschriebenen Veränderungen der Zusammensetzung und des Bedarfs der Klientel gehen, wie erwähnt, mit unterschiedlichen Konsequenzen einher. Durch sie ausgelöst haben sich beispielsweise die Aufgaben der Einrichtungen in den vergangenen Jahren verschoben.

Eine der wesentlichen, wenn nicht *die zentrale Aufgabe* der stationären Altenhilfe besteht den Experten zufolge heute in der Schwerkrankenpflege, allerdings bei unterschiedlichen Nutzergruppen mit unterschiedlich gelagertem Pflegebedarf, der eine relativ große Variationsbreite aufweist und entsprechend unterschiedlicher Spezialkompetenzen bedarf – eine für die Einrichtungen schwierige Aufgabe, an die sie noch nicht genügend angepasst sind.

Bei einem Großteil der Nutzer sehen die Einrichtungen ihre Aufgaben vor allem darin, sie bei der Alltagsbewältigung zu unterstützen – sei es durch grund- und pflegende Maßnahmen oder durch (ergo- und physio-)therapeutische Behandlung. Zugleich geht es bei all diesen Nutzergruppen auch darum, nicht einzig die pflegerische Versorgung zu übernehmen, sondern die Familienangehörigen einzubeziehen, ja sich die Verantwortung für das pflegebedürftige Familienmitglied so zu teilen, dass die Familien sich nicht plötzlich aus der Betreuung ausgeschlossen fühlen, aber Überforderungen pflegender Familienangehöriger durch die Last an Pflegeaufgaben vermieden werden (Int. IV; I). Dies betrifft vor allem die Gruppe der an Demenz erkrankten Nutzer. Sie benötigen Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, orientierende Strukturen und therapeutische Angebote, bei denen die Familienangehörigen oftmals den besseren Zugang zum Betroffenen haben. Zugleich aber können sie die Versorgung oft nicht mehr allein bewältigen.

Eine weitere Aufgabe der stationären Langzeitversorgung besteht darin, älteren pflegebedürftigen Menschen, die keine Familienangehörigen haben und/oder allein leben, Rückhalt und Beistand bei der Bewältigung ihres Lebens oder der Kompensation verloren gegangener Fähigkeiten zu gewähren. Ein Wechsel in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe ist für sie oft vorteilhaft: „*einige blühen wieder so auf*“ (Int. IV: 14) und es geht ihnen „*besser*“, sobald sie „*in Gemeinschaft leben*“ (Int. IV: 32), so die Experteneinschätzung. Die Aufgabe der stationären Altenhilfe besteht bei ihnen in der Bereitstellung von Struktur und der Verhinderung von Einsamkeit und sozialer Isolation sowie der Ermöglichung eines relativ „normalen“ Lebens, dies vor allem durch die Bereitstellung regelmäßiger Alltags- und Tagesablaufstrukturen. Dass diese Normalität nicht mit der in der häuslichen Situation vergleichbar ist, wird von den Experten sehr wohl gesehen:

„Normal ist ja so schön gesagt, aber sobald man in eine Institution kommt, ist das nicht mehr so wie zu Hause“ (Int. IV: 12-13).

Zwar bemühen sich die Einrichtungen nach Angaben der Experten darum, den Wechsel in die stationäre Einrichtung so sensibel wie möglich zu gestalten und den Nutzern zu ermöglichen, ihr bislang gelebtes Leben so weit es geht fortsetzen zu können, doch sind ihren Möglichkeiten Grenzen gesetzt – nicht zuletzt durch die gegebenen Rahmenbedingungen, die sich mit Einführung der Pflegeversicherung 1996 stark verändert haben. Auch die zunehmende Zahl an Nutzern mit hohem Hilfe- und Unterstützungsbedarf konfrontiert sie mit Grenzen. Dieses Dilemma – auf der einen Seite die wachsende Versorgungsintensität bei zunehmender Heterogenität der Nutzer und ihrer sich verändernden Bedürfnisse und auf der anderen Seite die strikten Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die unterschiedlichen Heimgesetze in den Bundesländern (Int. IV), die Anpassungsleistungen verhindern oder einschränken – beschreiben *alle* der befragten Experten, obschon sie auf einen sehr divergenten Erfahrungshintergrund schauen. Durchgängig betonen sie auch, dass diese Entwicklung mit einem stetigen Anstieg der Anforderungen an die Mitarbeiter einhergeht. Betrachten wir dies kurz eingehender.

Anforderungswandel an die Mitarbeiter

Weil immer mehr Nutzer mit hohen Pflegestufen zur Klientel der Einrichtungen gehören, ist das Aufgabenvolumen – so die Befragten – in den vergangenen Jahren kontinuierlich gewachsen und hat sich zugleich qualitativ verändert. Denn die unterschiedlichen Nutzergruppen weisen – wie zuvor dargelegt wurde – unterschiedlich gelagerten Bedarf auf, dessen Bewältigung wiederum unterschiedliche pflegerische Spezialkompetenzen erfordert. Damit steigen zwangsläufig *„die Anforderungen an die Pflegekräfte“* (Int. III: 7-10) bzw. an deren Qualifikation und zugleich diversifiziert sich das Anforderungs- bzw. eigentlich geforderte Qualifikationsprofil. Doch viele Mitarbeiter, aber auch die Strukturen der Einrichtungen, sind diesem Bedarf nicht gewachsen und *„dramatisch überfordert“* (Int. X: 22), so die Experten. Erst allmählich beginnen die Einrichtungen, auf die veränderte Situation im Heimbereich zu reagieren und die Versorgungskonzepte den veränderten Bedingungen anzupassen⁵. Oft sind diese Anpassungen jedoch nicht weitreichend genug und zu kleinteilig. In diesem Kontext nicht weniger wichtig ist, dass auch diese Entwicklung nicht folgenlos ist, denn durch die Anpassungen sind die Mitarbeiter wiederum neuen fachlichen und qualifikatorischen Anforderungen ausgesetzt. Das heißt, mit den Umstrukturierungen wachsen zugleich die Anforderungen an die Mitarbeiter, wie folgendes Zitat zeigt:

⁵ Lediglich fünf der befragten Experten berichten, dass sie und ihre Trägerorganisation sich schon frühzeitig mit diesen Veränderungen auseinandergesetzt und nach alternativen Versorgungskonzepten – etwa neuen Wohnkonzepten für Menschen mit Demenz – gesucht haben. Um diese Konzepte erfolgreich umsetzen zu können, sind Eingriffe in die bestehenden Strukturen und Wohnbedingungen notwendig. So beginnen Einrichtungen, die alternative Wege suchen, sich zu verkleinern, die Wohnbereiche in kleine Wohngruppen aufzuteilen und auch zunehmend ambulante Versorgungskonzepte (beispielsweise betreutes Wohnen) zu integrieren.

„dadurch steigen die Anforderungen an die Pflegekräfte, die wiederum nicht so qualifiziert sind, wie wir sie eigentlich bräuchten, weil wir nicht mehr (...) oder noch nicht den Markt dafür haben“ (Int. III: 10-12).

Viele Einrichtungen sehen sich – wie hier ausgeführt wird – nicht in der Lage, darauf angemessen zu reagieren, weil sie anders und höher qualifizierte Mitarbeiter einstellen müssten, sie dies jedoch vor (Kosten-)probleme stellt und entsprechend qualifizierte Mitarbeiter nicht auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind – eine Entwicklung, die sich mit dem immer deutlicher abzeichnenden Pflegemangel verstärkt.

Darüber hinaus werden immer höhere *„Anforderungen an die Qualität (gestellt), die erbracht werden muss“* (Int. V: 20). Mit den steigenden Qualitätsanforderungen ist zudem ein höherer Dokumentationsbedarf verbunden – eine Entwicklung, die bei nicht wenigen der befragten Experten auf Kritik stößt. Sie beobachten, dass in den letzten Jahren *„so hochkomplexe (Anforderungen an sie gestellt werden), dass sie in der Regel nicht durchführbar sind“* (Int. II: 22-23). Der zitierte Experte denkt hier vor allem an die eingeführten Expertenstandards in der Pflege⁶ und kritisiert unterschwellig die Akademisierung der Pflege bzw. die Einführung von Pflegewissenschaft, aber auch die zahlreichen Gesetzesreformen der letzten Jahre, die diese und andere ihm zu komplex erscheinende Neuerungen mit sich gebracht haben, so etwa auch den im Pflegealltag nach wie vor skeptisch betrachteten Pflegeprozess mit seinen umfangreichen Dokumentationspflichten.

Im Pflegealltag ist nicht selten beobachtbar, dass Pflegenden versuchen, diesen Dokumentationspflichten (wie auch anderen neuen, ihnen unangenehmen Aufgaben) zu entgehen, beispielsweise dadurch, dass sie die Dokumentationen weniger ausführlich und intensiv bearbeiten, als erforderlich wäre – ein Vorgehen, das aus Leitungssicht aber nachteilige Effekte für die Einrichtungen mit sich bringt, da erbrachte Leistungen nicht nachvollziehbar beschrieben werden und demzufolge nicht abzurechnen sind (Int. VII). Der Grund für dieses Verhalten der Pflegenden ist, dass sie den Sinn der Dokumentation für ihre Tätigkeit, aber auch für die Einrichtung nicht einsehen und nachvollziehen können. Das hat wiederum seine Ursache darin, dass sie auf diese wie auch auf viele andere in den letzten Jahren neu eingeführten Aufgaben häufig nicht angemessen vorbereitet sind bzw. nicht adäquat für deren Bewältigung ausgebildet wurden. Dies deutet an, wie folgenreich der Wandel der Anforderungen in der stationären Altenhilfe allein auf der Ebene der Mitarbeiter ist.

Generell gilt der mit der Veränderungssituation einhergehende Anforderungswandel aus Sicht der befragten Experten als eine der derzeit *„größten Schwierigkeiten“* (Int. I: 12-17) für die Einrichtungen. Darüber hinaus werden gestiegene gesellschaftliche Erwartungen (Int. V; VII) darüber, *„wie alte Menschen gepflegt und versorgt werden sollten“* (Int. V: 23-24) angeführt.

⁶ Hiermit sind die Nationalen Expertenstandards der Pflege gemeint, die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) seit 2002 entwickelt und konsentiert werden.

Daneben stellen auch die Familienangehörigen die Einrichtungen vor bisher ungekannte Probleme. Während Familienangehörige von Nutzern der zweiten Gruppe (sterbende Nutzer) häufig nicht über den Zustand aufgeklärt sind, so dass sie davon ausgehen, dass ihr pflegebedürftiges Familienmitglied gesunden und anschließend seinen Lebensabend in der Einrichtung verbringen wird, müssen sich Angehörige von demenzerkrankten Nutzern mit der Konsequenz auseinandersetzen, dass sie den Betroffenen nach jahrelanger häuslicher Versorgung nun der Einrichtung anvertraut haben. Obwohl in beiden Fällen das Thema „Abschiede“ eine zentrale Rolle spielt, entstehen doch unterschiedlich gelagerte Konflikte, so die Experten. Die Familienangehörigen der zweiten Nutzergruppe erleben innerhalb kürzester Zeit, dass ein ihnen nahestehender Mensch nicht mehr gesundet und sich nun alle Beteiligten mit seinem nahenden Sterben auseinandersetzen müssen. Sie müssen von ihm Abschied nehmen und zusehen, wie sich sein Zustand rapide verschlechtert. Dabei haben sie kaum Möglichkeiten einzugreifen und stehen oftmals vollkommen hilflos daneben. Umso intensiver sind sie auf die Unterstützung der Mitarbeiter angewiesen, die sich jedoch häufig nicht zutrauen, die Angehörigen aufzuklären. Hieraus entstehen Schuldzuweisungen der Familienangehörigen gegenüber den Pflegekräften, etwa dergestalt dass diese zu wenig versucht hätten, um dem Nutzer zu helfen (Int. XII; XIV).

Anders gelagert ist die Situation von Angehörigen Demenzerkrankter: Sie haben den Betroffenen häufig über Jahre hinweg versorgt, kennen ihn und seine Bedürfnisse und müssen sich nun damit auseinandersetzen, dass sie ihn doch „abgegeben“ haben, obwohl sie gerade dies verhindern wollten. Zugleich müssen sie erkennen, dass der Betroffene von den Mitarbeitern nicht so versorgt wird wie von ihnen. Obwohl sie auf seine Vorlieben aufmerksam machen, können diese nicht immer berücksichtigt werden. Die Experten schildern, dass sich viele Angehörige in der Folge aus Enttäuschung zurückziehen und einige gar nicht mehr für den Betroffenen zuständig fühlen (Int. X; XIII).

Für die Mitarbeiter bringen die Familienangehörigen der beiden Nutzergruppen bisher ungekannte Herausforderungen mit sich, mit denen die Einrichtungen noch nicht Schritt halten konnten: Sie müssen die Angehörigen aufklären, in Entscheidungsprozesse einbeziehen und sich mit ihnen beraten, ihnen gleichzeitig unterstützend (in ihrer Trauer) zur Seite stehen, Abschied ermöglichen und zugleich deren Verantwortung gegenüber dem Betroffenen stärken, da sie auf die Unterstützung der Angehörigen angewiesen sind.

Restriktive Rahmenbedingungen – Zeit- und Personalmangel

Dem veränderten Nutzungsverhalten und den veränderten Anforderungen an die Mitarbeiter adäquat zu entsprechen, wird aus Sicht der Experten als schwierig angesehen, da die Langzeitversorgung

„ein hochdynamischer Bereich ist, wo sich laufend wieder etwas ändert, wie sich auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen laufend verändern, sei es ein neues Heimgesetz, sei es ein neues Pflegeweiterentwicklungsgesetz. Also das ist schon, das ist schon viel, was da an Anforderungen verlangt wird, sowohl

von den Mitarbeitern, aber auch von den Unternehmen und den Trägern – ja, von dem gesamten Bereich“ (Int. V: 26-30).

Noch einmal wird hier betont, dass sich die Langzeitversorgung in einem dynamischen Veränderungsprozess befindet – nicht zuletzt durch die sich laufend verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen, die kontinuierliche Anpassungsleistungen erfordern. Dadurch ausgelöst sind nicht einzig die Mitarbeiter, sondern auch die Einrichtungen und Träger einem ständigen Anforderungswandel ausgesetzt. Der nicht zum Stillstand kommende Veränderungsprozess hat zur Folge – so zieht sich durch alle Interviews –, dass die Einrichtungen der stationären Altenhilfe zusehends Schwierigkeiten haben, ihm (noch) mit der nötigen Flexibilität, Anpassungs- und Veränderungsbereitschaft zu folgen oder gar konstruktiv gestaltend zu begegnen. Speziell die permanenten gesetzlichen Veränderungen haben aus Sicht etlicher Experten zur Konsequenz, dass sie bzw. die Einrichtungen den gesetzten Anreizen nur noch hinterhereilen und reagieren statt zu agieren (Wingefeld 2008).

Eine *hinterhereilende* Arbeitsatmosphäre ist aber nicht nur auf der Leitungsebene, sondern auch auf der Mitarbeiterebene zu konstatieren. So beeinflussen die fragilen Gesundheitszustände der Nutzer auch die Arbeits- und Versorgungsbedingungen auf der Mitarbeiterebene. Weil die Nutzer sich in schwierigeren und oft fragilen Gesundheitssituationen befinden, benötigen sie mehr Aufmerksamkeit und Personalressourcen als vorhanden sind. Die Konsequenzen beschreibt einer der Experten folgendermaßen. Er stellt fest, dass

„dieses Mitmenschliche, das ja eigentlich Pflege ausmacht, (...) diese Kommunikation, um eben zu wissen: Was ist das für ein Mensch und was braucht der eigentlich neben, ja neben dem Essen, neben dem Waschen und neben dem Anziehen, was braucht der? Dafür (...) ist einfach aus Sicht der Mitarbeiter zu wenig Zeit und das ist auch so, weil einfach zu wenig Leute da sind (...) für den Bedarf, den die Bewohner heutzutage haben, durch Krankheit, durch Alter, durch Demenz – so dafür ist es einfach zu wenig“ (Int. III: 168-178).

Wie hier deutlich wird, wird die Tätigkeit der Pflegenden in den Einrichtungen gravierend durch den Faktor *Zeit* beeinflusst und an eben dieser mangelt es – nicht nur bei der Ausübung körperlich orientierter, kompensierender Pflegetätigkeiten, sondern auch im Bereich der psychosozialen Unterstützung und pflegerischen Betreuung. Für sie steht weitaus weniger Zeit zur Verfügung als noch vor einigen Jahren. Zeitmangel belastet viele Bereiche in den Einrichtungen, so auch die Beziehungen zwischen den Mitarbeitern und Nutzern. Er wirkt sich bereits auf die Beziehung zu den Nutzern aus: Aufgrund von Personalmangel haben die Mitarbeiter nicht mehr ausreichend Zeit für Kommunikation zur Verfügung und lernen die Nutzer nicht intensiv genug kennen. Zugleich benötigen sie aufgrund der Vielfalt an Beeinträchtigungen mehr Zeit, um die Nutzer wirklich kennen zu lernen, mit ihnen eine geeignete Kommunikations- und Beziehungsform zu finden und so auch an ihrem Leben teilzuhaben (Int. VII). Damit geht aus ihrer Sicht ein wesentlicher Bestandteil pflegerischer Arbeit verloren.

Auch die kürzeren Verweildauern bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Beziehungen, die bei der Mehrzahl der Nutzer nicht mehr viele Jahre dauern, sondern unter Umständen nur wenige Wochen und Monate. Dies hat Auswirkungen darauf, wie Mitarbeiter die Einrichtung wahrnehmen. Sie wird von ihnen nicht mehr als Heim im Sinn von Zuhause betrachtet. Vielmehr schätzen sie, dass die Nutzer „*doch sehr viel zuhause (lassen) von ihrem Leben*“ (Int. III: 183-184). Zugleich wirken sich Kürzungen der Verweildauer auch auf die Beziehungen der Nutzer untereinander aus. Häufig wissen sie nicht, so die Experten, wer im Zimmer nebenan lebt und entwickeln kein Interesse für ihre unmittelbaren Nachbarn, so dass insgesamt große „*Anonymität*“ und auch Desinteresse aneinander herrscht (Int. III: 188-189). Ursache dafür ist nicht zuletzt der Gesundheitszustand vieler Nutzer, denn nur wenige sind in der Lage, ihr Zimmer allein zu verlassen und selbständig Beziehungen einzugehen und aufzubauen. Die meisten sind auch in diesem Bereich von Fremdhilfe und Unterstützung anderer abhängig. Die kürzeren Verweildauern beeinflussen – so zeigt dies – sowohl die soziale Situation des Einzelnen wie auch das soziale Leben und die Atmosphäre in den Einrichtungen. Sie verschärfen darüber hinaus die bestehenden Zeitprobleme.

Fragt sich, ob sich der *Zeitmangel* auch negativ auf den gesundheitlichen Zustand der Nutzer auswirkt. Grundsätzlich weisen die Experten in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Gesundheit der Nutzer negativ beeinflusst wird, wenn die Pflege unzureichend ist und pflegerische Tätigkeiten nicht dem *state of the art* entsprechend durchgeführt werden, oder auch, wenn die Behandlung durch die Hausärzte nicht ausreichend ist (Int. IV: 394). Doch auch die von Zeitmangel durchzogenen Arbeitsabläufe in den Einrichtungen dürften sich, so vermuten sie, negativ auf die Gesundheit der Nutzer auswirken. Insgesamt wird als großes Problem angesehen,

„dass die Mitarbeiter wenig Zeit haben, also wenig Zeit haben sie immer, aber es gibt noch weniger als wenig. Man kann sagen, dass sie gar nicht mehr mit ihrer Arbeit nachkommen“
(Int. III: 245).

Zeitknappheit, so wird in diesem Zitat noch einmal deutlich, ist mittlerweile zur Normalität geworden. Dennoch gibt es einen Zeitmangel, der nicht mehr tolerierbar ist, wie in dem Zitat in der Formulierung „*weniger als wenig*“ zum Ausdruck gebracht wird. Er hat zur Folge, dass die Pflegenden nicht mehr hinterherkommen und das Arbeitspensum nicht mehr bewältigen. Wenn die zeitlichen Spielräume so eng sind – und auch das gehört zur Normalität –, bleibt ihnen oftmals keine andere Lösung, als die fehlende Zeit zu Lasten der Nutzer zu kompensieren. Dass sich dies nicht eben förderlich auf den Gesundheitszustand der Nutzer auswirkt, dürfte selbstredend sein und ist auch den Mitarbeitern bewusst, so die Experten. Aber meist bleibt ihnen keine Wahl, obschon sie wissen, dass Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Nutzer wiederum einen höheren Unterstützungsbedarf nach sich ziehen und damit mehr zeitliche Ressourcen erfordern.

Zur Illustration verweisen die Experten auf die Unterstützung beim Essen und Trinken: Viele ältere Menschen brauchen bis zu einer Stunde Zeit für die Einnahme einer Mahlzeit (Int. IV: 396). Bei der Nahrungsaufnah-

me benötigen sie zudem Unterstützung. Wird sie gewährleistet, steht in diesem Zeitraum mindestens eine Pflegekraft nicht für andere Aktivitäten (und Nutzer) zur Verfügung. Die Konsequenz: Die Kollegen geraten unter Zeit- und Arbeitsdruck und Stress (Int. IV: 394-404). Zugleich ist den Pflegenden bewusst, dass die Nahrungsaufnahme eine für die Nutzer notwendige und auch im Sinne der Gesundheitsförderung wichtige Handlung ist. Deshalb sind sie den Nutzern trotz des dargestellten Dilemmas bei der Nahrungsaufnahme behilflich. Doch geschieht dies nicht in ruhiger und konzentrierter Atmosphäre, sondern unter Zeitdruck, obschon dies für beide Seiten unbefriedigend ist:

„Die Mitarbeiter wünschen sich das auch, die bemängeln nämlich immer wieder: (...) da leiden die Bewohner drunter, ich habe ja nicht mal Zeit, mich da hinzusetzen und mit denen dann in Ruhe Mittag zu essen“ (Int. III: 154-160).

Nochmals wird hier deutlich, wie sehr Zeitmangel die Tätigkeit der Pflegenden beeinflusst. Dies zeigt ein weiteres Beispiel: Um fehlende Zeit zu kompensieren, werden den Nutzern zuweilen industrielle, hochkalorische Nahrungsprodukte verabreicht. Der Vorteil dieser Produkte liegt darin, dass sie als Trinknahrung in geringer Menge schnell verabreicht werden können. Kurzfristig ermöglichen sie daher eine Entlastung im Arbeitsablauf. Allerdings schmeckt industrielle Nahrung nicht so *„wie das normale Essen“* und zudem würden die Nutzer normale Nahrung aufnehmen, *„wenn man sich soviel Zeit nehmen könnte für sie, ja. Das ist wirklich tragisch und das beeinflusst natürlich die Gesundheit“* (Int. IV: 405-409). Exemplarisch wird hier sichtbar, dass und wie sich eine dauerhaft von Zeitmangel geprägte Arbeitsorganisation zu Ungunsten der Gesundheit der Nutzer auswirkt, denn durch Zeitmangel motiviert sehen sich die Pflegenden gezwungen, immer wieder zu Maßnahmen zu greifen, mit denen sie weder den Bedürfnissen der Bewohner noch ihren professionellen Ansprüchen gerecht werden.

Schwierigere Nutzerproblematiken, Anforderungsanstieg bei gleichzeitigem Mangel an zeitlichen Ressourcen und nicht einfache Arbeitsbedingungen haben angesichts des sich insgesamt seit längerem anbahnenden Pflegenotstands auch in der stationären Altenhilfe zur Folge, dass sich seit geraumer Zeit Personalmangel breit gemacht hat. Zwar hat sich die Situation jüngst etwas entspannt, seitdem Betreuungskräfte (nach §87b SGB XI) eingesetzt werden dürfen, doch insgesamt wird von den Experten immer wieder der bestehende Personalmangel beklagt. Gemeint ist der Mangel an *Pflegefachkräften*. Er hat sich in den vergangenen Jahren deutlich zugespitzt und diese Entwicklung wird sich infolge des demografischen Wandels auch weiter fortsetzen (Hirschberg et al. 2009; Ostwald et al. 2010).

Besonders schwierig gestaltet sich die Akquise von Führungskräften (PDLs). Gerade auf diesen Positionen herrscht in vielen Einrichtungen eine große Fluktuation. Die *„guten Leute“* (Int. VII) wechseln die Einrichtungen, auch wegen der zum Teil mangelhaften Gratifikation und schlechten Bezahlung. Sie treffen auf einen guten Arbeitsmarkt, auf dem ausreichend freie Stellen zur Verfügung stehen, nicht zuletzt aufgrund des Pflegenotstands. Für die Einrichtungen ist dies mit negativen Folgen verbunden, denn sie haben zunehmend mehr mit personeller Diskontinuität zu

kämpfen. Sie ist wirtschaftlich folgenreich, wirkt sich aber vor allem beeinträchtigend auf die Versorgung der Nutzer (Int. III: 18-23) und damit auch auf ihren gesundheitlichen Zustand aus. Das gilt auch für den Mangel an Leitungskräften und Pflegefachkräften. Qualitätsprobleme dürfen angesichts dessen nicht wundern.

Zwischenfazit

Wie die zurückliegenden Ausführungen gezeigt haben, unterliegen die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung seit vielen Jahren einem kontinuierlichen Wandel, auf den sie sich nur unzureichend eingestellt haben. Während sie früher alte und hochaltrige Menschen oft über Jahre bis zu ihrem Lebensende begleitet haben, bleiben die Bewohner heute häufig nur über kurze Zeiträume in den Einrichtungen, in denen sie zunehmend therapeutisch und medizinisch versorgt werden müssen.

Mit dieser Entwicklung Schritt zu halten und sich an sie anzupassen, stellt nach wie vor eine der großen Herausforderungen in der stationären Altenhilfe dar, die viele Facetten aufweist und mit zahlreichen offenen Fragen einhergeht. Sämtliche und besonders stehen die Einrichtungen dieses Sektors der Langzeitversorgung daher unter großem Problem- und Handlungsdruck. Obschon sie große Bereitschaft zeigen, sich diesem Druck zu stellen und nach Lösungen zu suchen, wissen sie aber angesichts der gegebenen Problemvielfalt und der oft nicht als förderlich, sondern eher schwierig und restriktiv empfundenen Rahmenbedingungen nicht, wie sie die richtigen Akzente setzen und zu geeigneten Strategien und tragfähigen Konzepten gelangen sollen. Angesichts dieser Situation fragt sich, welcher Stellenwert Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung überhaupt unter der Vielzahl an Herausforderungen beigemessen wird, welche (potenzielle) Bedeutung ihnen zukommen kann und wie der Bedarf und die Umsetzungsmöglichkeiten unter den gegebenen Bedingungen in den Einrichtungen eingeschätzt werden.

4.2 Gesundheitsförderung – ein Thema in der Langzeitversorgung?

Allgemein kann zunächst festgehalten werden, dass Gesundheitsförderung aus Sicht der befragten Experten in der stationären Langzeitversorgung „ein Thema“ ist (Int. VIII: 29; I: 84) und auch für diesen Versorgungsbereich hohe Bedeutung hat. Statements wie „es gibt viele Potenziale, die gefördert werden können“ (Int. V: 294), sind häufig in den Interviews zu hören. Dennoch wird die Umsetzung von allen Experten als schwierig angesehen, weil viele der sich in der stationären Langzeitversorgung stellenden Herausforderungen angesichts der dort gegebenen Problemsituation als dringlicher eingeschätzt werden.

Zugleich werden zwei weitere gewichtige Argumente angeführt: Zum einen stellt Gesundheitsförderung – so die Experten – ein „add on“ dar, das die ohnehin knappen Ressourcen strapaziert, wie in dem nachfolgendem Interviewauszug auf den Punkt gebracht wird:

„Diese ganze Gesundheitsförderung, ja die ist zwar nett, aber die bringt unterm Strich kein Geld. Und bei den knappen Ressourcen, die sie heute haben...“ (Int. VIII: 44-45).

Deutlich wird hier, dass Gesundheitsförderung eher als „nice to do“ denn als ein „need to do“ eingeschätzt wird, die keine ökonomischen Vorteile, sondern unter Umständen sogar Nachteile mit sich bringt, weil sie nicht Gegenstand des Leistungskatalogs ist, also nicht refinanziert wird. Zum anderen ist erfolgreiche Gesundheitsförderung u. U. sogar mit finanziellen Risiken für die Einrichtungen verbunden: Denn wenn sie – wie erhofft und intendiert – zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führt, droht eine „Rückstufung“ (Int. I: 85) in eine niedrigere Pflegestufe und damit eine finanzielle Einbuße. Für die Einrichtungen ist das misslich, denn sie rechnen und planen mit den finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung. Solange Gesundheitsförderung und Prävention diese unerwünschten Wirkungen für die Institutionen der stationären Langzeitversorgung haben können und das bisherige System, wie einer der Experten zugespitzt formuliert, eher „Pflegebedürftigkeit unterstützt und nicht die Selbstständigkeit der Bewohner fördert“ (Int. XI: 213), dürfte ihnen – so lässt sich bereits an dieser Stelle zusammenfassen – wenig Gelingen beschert sein und werden sie kaum auf breitenwirksamer Basis Einkehr in diesen Sektor halten.

Als weiterer, eher hinderlicher Faktor wird von einigen Experten auf den Gesundheitszustand des Gros ihrer Klientel hingewiesen. Auch dazu ein Zitat:

„Was sie da an Gesundheitsförderung machen können, (...) ist begrenzt, sage ich mal so, weil es sind ja inzwischen die Kränksten der Kränksten, die in die Einrichtungen kommen...“ (Int. V: 64-66).

Die veränderte Zusammensetzung der Nutzer beschränkt, so dieses Zitat, auch die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, insbesondere der nutzerorientierten Maßnahmen. Denn bei der überwiegenden Zahl an Nutzern ist der Gesundheitszustand so fragil, dass zunächst einmal eine angemessene, nicht nur auf Verwahrung zielende (Int. VII), Pflege und Betreuung gefordert ist, bevor über Möglichkeiten der Förderung von Ge-

sundheit nachgedacht werden kann. Zudem wirft Gesundheitsförderung bei dieser Klientel neue konzeptionelle Herausforderungen auf, wie der soeben zitierte Experte konzediert. Er fährt fort:

„die Ressourcen auf jeden Fall zu erhalten (...) dann haben wir wirklich schon eine Menge gewonnen, wenn man einen Stopp erreicht“ (Int. V: 67-68).

Gemeint ist, dass Gesundheitsförderung angesichts der schwierigen Gesundheitssituation der Klientel in der stationären Langzeitversorgung vor allem auf Gesundheits- und Ressourcenerhalt zielen muss, weniger auf Erzielung weiteren Gesundheitsgewinns. Allerdings sind die Vorstellungen darüber, wie das im Einzelnen geschehen könnte, bei den Befragten recht blass.

Das gilt auch für das Verständnis darüber, was eigentlich unter Gesundheitsförderung und auch Prävention zu verstehen ist und was sie in der stationären Langzeitversorgung bedeuten (können). Das Spektrum der Antworten reicht von *„Verbesserung des körperlichen und kognitiven Gesundheitszustands“* sowie der *„Alltagskompetenzen“* (Int. II: 152) der Nutzer, beispielsweise durch Gruppenangebote, in denen die Kommunikation untereinander gestärkt wird und Kontakte gepflegt werden können (Int. II: 153-163), über *„Kompensation auch so der verloren gegangenen Fähigkeiten“* (Int. IV: 308-310) oder *„Sinnhaftigkeit erleben“* und *„sich selbstbestimmt entscheiden zu können“* (Int. IX: 134) bis hin zu Aussagen wie

„ich würde sagen, eine gute, umfassende aktivierende Pflege und eine gute medizinische Behandlung (...) ja, die fördern die Gesundheit der Menschen oder des Menschen“ (Int. IV: 175-177).

Deutlich wird hier, wie auch in anderen Interviews, dass das Verständnis von Gesundheitsförderung bei den befragten Experten stark individuell geprägt ist und ihre Antworten sich insgesamt durch Vagheit und auch Unsicherheit auszeichnen. Letzteres zeigt sich u. a. darin, dass die Experten immer wieder nach Rückversicherung bei ihren Antworten suchen und die Interviewer um Bestätigung bitten, wie der folgende Textauszug belegt: *„Ich weiß nicht, ob man das mit darunter fassen kann?“* (Int. III: 432)

Im Einklang damit haben die Experten unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheitsförderung, auch davon, wie sie in den Einrichtungen umzusetzen ist. Für die einen ist sie eher *„eine gute Pflege und eine gute Versorgung“* (Int. IV: 285-286), deren Ergebnis dann als positiv einzuschätzen ist, wenn am Ende die Qualität der Versorgung und Pflege stimmt. Für die anderen zielt Gesundheitsförderung auf die Alltagsorganisation: *„Gesundheitsförderung fängt ja schon beim Essen an“* (Int. III: 335). Unter Gesundheitsförderung wird hier auch der regelmäßige *„Besuch eines Zahn- oder Ohrenarztes“* (Int. III: 349-351) und *„eine Kooperation mit einem Optiker“* (Int. III: 356-358) verstanden. Ebenso fallen auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Mitarbeiter wie Gripeschutzimpfungen (Int. III: 428-430) darunter. Wieder andere Experten buchstabieren die in den Nationalen Expertenstandards der Pflege (DNQP) enthaltenen Maßnahmen durch.

Insgesamt fällt in den Interviews auf, dass die Experten ein eher diffuses Verständnis von Gesundheitsförderung haben, ebenso, dass sie Gesundheitsförderung fast ausschließlich im Kontext der Pflege und der pflegerischen Versorgung ansiedeln. Sie betrachten Gesundheitsförderung – positiv formuliert – als integralen Bestandteil pflegerischen Handelns. Negativ formuliert ist diesem Verständnis zufolge beinahe jede nicht einzig verwahrende Pflege als Gesundheitsförderung zu verstehen, weil sie auf die Sicherung und den Erhalt der Gesundheit zielt. Ganz in diesem Sinn wird von den Experten häufig bereits die „*aktivierende, rehabilitative Pflege*“ (Int. VI: 167), wie sie im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) eingefordert wird, als gesundheitsförderliche Maßnahme verstanden. Gesundheitsförderung und Pflege fallen diesem Verständnis zufolge also fast in eins.

Auffällig ist ebenfalls, dass in den Interviews kaum zwischen Gesundheitsförderung und Prävention differenziert wird. Auch die mit beiden Konzepten verbundene Nomenklatur und die um sie herum in den letzten Jahren breit geführten Diskussionen sind den Befragten nicht geläufig. Das wird etwa daran sichtbar, dass die Experten in den Interviews wiederholt auf die vom DNQP entwickelten und konsentierten Nationalen Expertenstandards in der Pflege verweisen. In den in den Expertenstandards empfohlenen prophylaktischen Maßnahmen sehen sie zugleich den Anspruch auf Gesundheitsförderung der Nutzer realisiert:

„die Expertenstandards (...), wenn ich zum Beispiel jetzt an Sturzprophylaxe denke, (...) wo da solche Dinge laufen wie Kraft- und Balanceübungen, im Rahmen von Funktionstraining. Oder andere Geschichten, wo ich denke: das ist dann ja auch Gesundheitsförderung“ (Int. VIII: 30-34).

Wie sich in dem Interviewzitat zeigt, werden Maßnahmen, die im Rahmen der Expertenstandards – hier des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe (DNQP 2006) – in den Einrichtungen eingeführt werden, gleichzeitig als Gesundheitsförderung definiert, obschon sie faktisch auf Qualitätssicherung der Pflege und Vermeidung gesundheitlicher Risiken zielen und damit eher präventiven als gesundheitsförderlichen Charakter haben (zur Definition von Gesundheitsförderung und Prävention siehe Seite 6). Dies zeigt auch das nachfolgende Interviewzitat:

„Wenn ich an den Inkontinenzstandard denke, wo dann gezielt Toilettentrainings gemacht werden, damit die Bewohner nicht stürzen beziehungsweise, dass Leute nicht mit nassen Vorlagen laufen, da denke ich, läuft schon viel“ (Int. VIII: 34-37).

Auch dieses auf den Nationalen Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz (DNQP 2007) zielende Zitat bringt zum Ausdruck, dass Pflege und Gesundheitsförderung dem Verständnis vieler der befragten Experten zufolge identisch sind und nicht zwischen Prävention und Förderung der verbliebenen Gesundheit differenziert wird. Im Umkehrschluss legt dies die Vermutung nahe, dass Gesundheitsförderung nicht explizit erfolgt, sondern ein Nebenprodukt anderer Strategien darstellt bzw. bereits bestehende, erfolgreiche Maßnahmen, die ohnehin aus verschiedenen Gründen in den Einrichtungen durchgeführt werden, auch als Beitrag zur Gesundheitsförderung (um)definiert werden.

4.2.1 Gesundheitsförderung für die Nutzer/Bewohner

Wie zuvor dargelegt unterscheiden die Experten bei den Nutzern grob zwischen jenen, die bereits schwer pflegebedürftig sind und sich in den Spätphasen chronischer Krankheit oder am Lebensende befinden (Pflegestufe II und III), und jenen, die noch relativ autonom sind (Pflegestufe I). Unter Gesundheitsförderungsgesichtspunkten besehen, folgen sie bei ersteren dem Anspruch, bestehende „*Ressourcen, auf jeden Fall zu erhalten.*“ (Int. VIII: 65) und Verschlechterungen bzw. weitere Abwärtsentwicklungen aufzuhalten oder zu verzögern. Das bedeutet konkret etwa, „*dass Leute, die beginnende Kontraktionen haben oder die sturzgefährdet sind, nicht weiter stürzen (...)*“ (Int. VIII: 52-60). Ziel ist es demnach zu verhindern, dass sturzgefährdete Personen (erneut) hinfallen und sich beginnende Kontraktionen weiter entwickeln, um Folgeschäden, die die Nutzer noch mehr einschränken, zu vermeiden – eine im weitesten Sinn präventive Zielsetzung und Aufgabe. Noch einmal wird hier deutlich, dass die befragten Experten nicht systematisch zwischen Prävention und Gesundheitsförderung unterscheiden. Dies zeigt auch das nachfolgende Zitat, das darüber hinaus belegt, dass bei der Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen, die ja den Großteil der Nutzer ausmachen, eher *individualisierte Interventionen* präferiert werden (Int. II):

„wenn sie sitzen, ja bettlägerig [sind], brauchen sie nicht sturzprophylaktische Maßnahmen, aber da kommen dann andere gesundheitsfördernde Maßnahmen vielleicht in Betracht, das kommt jetzt wieder darauf an, welche Ressourcen sie haben. Wenn es so oberkörpermäßig noch funktioniert, dann werden diese Ressourcen auch mal weiterhin trainiert und zwar im Rahmen des ganz normalen Alltags, bei Ernährung oder beim Anziehen, beim Umdrehen“ (Int. IV: 377-385).

Exemplarisch verdeutlicht dieses Zitat, wie sehr die professionelle Problemwahrnehmung, auch wenn es um Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention geht, durch einen individualisierten „Blick“ und eine ebensolche Zugriffsweise geprägt ist. In jedem Fall sollte Gesundheitsförderung (ebenso wie auch die Pflege) – so wird vielfach von den befragten Experten betont – bei dieser Personengruppe auf die Besonderheit der individuellen Problemsituation zielen und muss sich daher von Patient zu Patient unterscheiden, da *kein Patient wie der andere ist*. Ein anderer Experte fasst dies so zusammen:

„meist (bevorzugen wir) individuelle Maßnahmen. Es gibt auch mal Gruppenmaßnahmen, aber meist wird individuell geschaut (...), wem käme das gesundheitsförderlich letztlich zugute?“ (Int. IV: 169-170)

In Übereinstimmung mit der hier im Textauszug deutlich werdenden Betonung von Individualität und individuell zugeschnittenen Interventionen kommt auch bei der Umsetzung in den Einrichtungen offenkundig ein ganzes Potpourri an individuell jeweils für passend empfundenen Interventionsstrategien zur Anwendung, meist mit dem Ziel, „*möglichst lange alltagspraktische Fähigkeiten zu erhalten*“ (Int. V: 209-210). Wie diese Fähigkeiten gestärkt und bewahrt werden können, wird ebenfalls von der individuellen Situation des jeweiligen Nutzers abhängig gemacht und ver-

fahren wird – wie das nachfolgende Zitat zeigt – nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum, ohne ein systematisches und strukturiertes Konzept zu haben:

„Hier mal was und da mal was, aber das ist nicht konkretisiert. (...) also es gibt sicherlich einige Bereiche, wo wir was tun können und wo wir auch was tun. Das ist wie mit Vielem, aber das hat halt noch (...) keinen Begriff, der da drüber steht und es ist nicht konkretisiert und in eine Struktur gebracht“ (Int. III: 328-332).

In diesem Zitat kommt noch einmal zum Ausdruck, wie verschwommen die unter der Betonung von Individualität liegenden Interventionsvorstellungen sind⁷, wenn es um das Thema nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung geht und wie groß offenkundig die bestehende Unklarheit und Unsicherheit ist. Insgesamt erwecken die Experteninterviews den Eindruck, dass Fragen der Gesundheitsförderung zwar als wichtig und relevant angesehen werden, aber die Auseinandersetzung damit in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung noch in den Kinderschuhen steckt und es auch noch an einschlägiger Expertise mangelt.

Das wird auch sichtbar, wenn es um die Gruppe der gesundheitlich weniger fragilen Nutzer geht, die sich noch in einem relativ stabilen Gesundheitszustand befinden und länger in den Einrichtungen verbleiben (Pflegestufe 1). Ihnen werden recht gute Gesundheitspotenziale unterstellt und auch die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung werden rein theoretisch als gut eingeschätzt, denn im Vergleich zu den schwerstpflegebedürftigen Menschen sind sie

„zumindest in Teilbereichen in der Lage, an Angeboten teilzunehmen und (...) können durchaus auch an Sturzprophylaxeangeboten, an Kraft- und Balancetraining noch teilnehmen oder an einer Gymnastikgruppe, wenn sie damit einverstanden sind und überzeugt werden können. Das ist hier eher eine Frage der Überzeugungsarbeit“ (Int. V: 201-208).

Anders als die hochgradig Pflegebedürftigen verfügen sie – so die Experten – noch über förderbare Gesundheitsressourcen und vermögen beispielsweise an strukturierten Gruppenangeboten teilzunehmen, benötigen also nicht zwingend individualisierte Interventionen. Deshalb werden bei ihnen Gruppenangebote präferiert. Doch stoßen Gruppenangebote offenbar, wie in dem Zitat angedeutet wird, nicht unbedingt auf positive Resonanz bei den Nutzern. Daher besteht bei diesen Angeboten die Schwierigkeit, die Nutzer für die Teilnahme zu motivieren und zu begeistern. Danach befragt, welche Angebote für diese Nutzergruppe existieren, wird auf einen recht umfangreichen Katalog verwiesen, der allerdings – wie zuvor erwähnt – von den in den Nationalen Expertenstandards

⁷ Die starke Betonung der Wichtigkeit individualisierten Vorgehens und der Spezifik des Einzelfalls ist angesichts der fragilen Gesundheitssituation der Nutzer zwar verständlich, versperrt aber den Blick auf die sich dieser Patienten- bzw. Populationsgruppe stellenden allgemeinen Probleme und Interventionserfordernisse und auf strukturelle Phänomene.

(DNQP) angegebenen Maßnahmen beherrscht wird und sich insgesamt dadurch auszeichnet, dass die konzeptionellen Vorstellungen auch bei dieser Nutzergruppe recht blass sind.

Themen gesundheitsförderlicher Maßnahmen für die Nutzer

Fragt man nach den Themen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung, so werden vor allem drei verschiedene Aspekte genannt. Die meiste Aufmerksamkeit wird in den Einrichtungen offenbar der *Bewegungsförderung* zuteil. Dabei hat das Thema Sturzprophylaxe/-prävention herausragenden Stellenwert. Es wird überwiegend in Kooperation mit Physiotherapeuten angegangen, basiert partiell auf eigens entwickelten Strategien /Angeboten und lehnt sich oft auch, wie erwähnt, an den im Nationalen Expertenstandard empfohlenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung an. So berichtet ein Experte beispielsweise über regelmäßig angebotene Übungen zum Kraft- und Balancetraining:

„Das sind ganz konkret 10 verschiedene Übungen, die eine bestimmte Wiederholung haben, (...) auch wirklich zweimal die Woche, um kontinuierlich da einen Kräftigungs- und Trainingseffekt zu erzielen. Also zweimal die Woche Sport...“ (Int. II: 196-199).

Neben Kraft- und Balancetraining die hauptsächlich auf die Vermeidung von Stürzen zielen, haben einige wenige Einrichtungen bereits begonnen, gezieltes (Ganzkörper-) Muskelaufbautraining einzuführen und arbeiten beispielsweise mit dem Programm „fit für 100“ oder stellen komplett eingerichtete und auf die Zielgruppe ausgerichtete „Muckibuden“ (Int. IX; XII; XIV) für die Bewohner zur Verfügung.

Noch aber bilden sie die Ausnahme. In der Mehrheit der Einrichtungen existieren eher herkömmliche Angebote wie beispielsweise Sitztanz/-gymnastik – eine seit vielen Jahren gängige Maßnahme in der stationären Altenhilfe:

„einmal wöchentlich so ein Sitztanzangebot, wo es auch um Bewegung, Beweglichkeit, Koordinationsfähigkeit, Bereich Arme, Hände und Füße, Beine geht, eben zur Musik“ (Int. II: 204-211).

Zu diesen eher herkömmlichen Angeboten zählen auch Spaziergänge, die jedoch aufgrund des Personalmangels in der Vergangenheit seltener angeboten werden konnten (Int. III). Seit Einführung des §87b SGB XI werden Pflege- und Betreuungsmaßnahmen zunehmend – und aus Sicht der Experten mit großer Beliebtheit (Int. VII; VIII) – angeboten, in deren Rahmen beispielsweise Spaziergänge mit den Bewohnern wieder häufiger möglich sind. Darüber hinaus finden für die Bewohner therapeutische Angebote statt, die jedoch von Krankengymnasten oder Ergotherapeuten durchgeführt werden und eine entsprechende hausärztliche Verordnung voraussetzen. Diese Maßnahmen zielen auf die Alltagsbegleitung und –unterstützung, ermöglichen es aber auch einmal, dass die Person mit den Bewohnern „Übungen macht“ (Int. IV: 375).

Andere Angebote in den Einrichtungen zielen auf die *psycho-soziale Befindlichkeit und mentale Gesundheit*. Hierzu gehört den Experten zufolge etwa die „Förderung der sozialen Kontakte, die bereits bestanden haben, bevor die Bewohner ins Heim eingezogen“ sind (Int. V: 458), beispielsweise durch Hol- und Bringdienste, die die Nutzer zu den Orten bringen, an denen sie vor dem Heimeinzug soziale Kontakte gepflegt haben (z. B. Vereine, Familie, Friedhof). Darunter werden aber auch „Gemeinschaftsangebote“ (Int. V) zur Förderung sozialer Kontakte in den Einrichtungen verstanden,

„um hier möglichst auch in allen Bereichen Bewohner aktiv zu halten, weil wir natürlich erleben, wenn Bewohner sich zurückziehen, wenn sie nichts mehr tun, dass sie meistens dann auch innerhalb von kurzer Zeit doch weiter abbauen und das möchten wir natürlich vermeiden“ (Int. V: 181-190).

Intention dieser Angebote ist es, die Nutzer vor sozialem Rückzug und sozialer Isolation zu bewahren, um so ihre psychische und soziale Situation stabil zu halten und durch sie ausgelöste Gesundheitsgefährdungen zu vermeiden.

Weitere Angebote zielen auf Aktivierung sowie Kontaktförderung und damit ebenfalls auf den Erhalt der psychischen Gesundheit. So wird von einem Experten als Beispiel ein Computerkurs (Int. V: 502) angeführt, bei dem junge Menschen mit den Bewohnern der Einrichtung zusammenkommen, um gemeinsam am Computer zu arbeiten. Wieder andere Einrichtungen bieten „*Spiel mit dieser Wii®-Konsole*“ (Int. IV: 370-375) an. Die Experten wissen, dass durch das Spielen mit der Konsole – allein oder mit anderen Bewohnern zusammen – „*im Prinzip ja Kraft und Balance*“ (Int. IV: 370-375) trainiert werden können, aber eben auch soziale Kontakte, Geselligkeit und Kommunikation gefördert werden. Intention ist auch hier die Förderung der psychischen Gesundheit.

Als weiteres für wichtig befundenes Thema im Zusammenhang mit Fragen der Gesundheitsförderung wird „Ernährung“ bzw. „Essen“ angeführt. So haben etwa viele der Einrichtungen, als Konsequenz der Einführung des nationalen Expertenstandards „Ernährungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009), Angebote rund um das Essen initiiert wie zum Beispiel das „*rollende Abendbuffet*“ (Int. III: 359), bei dem die Bewohner vom Koch an ihrem Bett aufgesucht werden und nicht wie gewöhnlich der bereits fertig angerichtete Teller ans Bett gebracht wird. Die Nutzer erhalten so die Möglichkeit, sich selbst auszusuchen, was sie essen möchten und sich mit dem Koch über das Essen auszutauschen. Darüber hinaus wird darauf Wert gelegt, dass die Bewohner abwechslungsreiche Ernährung erhalten, die Mahlzeiten neue Aufmerksamkeit erhalten, etwa das „*individuelle Schöpfsystem*“ (Int. III: 367) wieder eingeführt wird, damit jeder riecht, dass eine Mahlzeit auf dem Tisch steht und über die freie Auswahl von Nahrungsmitteln das „*Wohlbefinden und natürlich auch die Gesundheit*“ (Int. III: 369-382) der Bewohner gefördert wird.

Die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen setzt – wie in der Literatur immer wieder betont wird (Kolip/Müller 2009) – verfügbare Assessmentinstrumente voraus, um den Bedarf und die Fähigkeiten der Nutzer einschätzen und Ziele und geeignete Strategien festlegen zu können (siehe Kapitel 1). Daher wurde in den Interviews auch danach

gefragt, welche Instrumente zur Einschätzung des gesundheitlichen Zustands und der Fähigkeiten der Nutzer eingesetzt werden. Den Experten zufolge werden bewohnerbezogene Daten in der Regel „*im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses*“ (Int. IV: 264-271) erhoben. Dabei kommen unterschiedliche Assessments zum Tragen, am häufigsten die Pflegeprozessdokumentation, aber auch spezifische Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs (z. B. zur Einschätzung des Sturzrisikos, des Dekubitusrisikos, Ernährungsprotokolle etc. – Int. I: 137-139).

Die Einrichtungen erheben jedoch keine spezifischen Daten zur Einschätzung des Nutzerbedarfs an gesundheitsförderlichen Maßnahmen und bezogen auf die angebotenen Maßnahmen versäumen es die Einrichtungen jedoch – so die Experten – diese regelmäßig zu evaluieren (Int. IV: 271-275) bzw. führen sie auch keine systematisch evaluierten Maßnahmen ein. Vielmehr halten sie sich daran, Maßnahmen anzubieten, die gerade „en vogue“ sind. Ob diese Maßnahmen für die jeweiligen Nutzer passend sind, wird nicht anhand von Assessments überprüft.

Zusammenfassend ist an dieser Stelle festzuhalten, dass in den Einrichtungen etliche Maßnahmen zur nutzerorientierten Gesundheitsförderung existieren, diese aber kaum von therapeutischen und pflegerischen Angeboten abgrenzbar sind. Insgesamt bemühen sich die Einrichtungen, den verschiedenen Nutzergruppen entsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen, doch ist die Vorgehensweise relativ unsystematisch und geprägt von vielen konzeptionellen und begrifflichen Unklarheiten, wenn es um Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention geht, wie nicht zuletzt daran sichtbar wird, dass herkömmliche Pflegeaufgaben oder Maßnahmen zur Qualitätssicherung als Gesundheitsförderung umdefiniert werden. Dies zeigt, dass in der stationären Langzeitversorgung vor allem hinsichtlich der nutzerorientierten Gesundheitsförderung noch etliche Herausforderungen anzugehen sind.

4.2.2 Gesundheitsförderung für Angehörige

Nach Angeboten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger befragt, reagierten die Experten in der Regel irritiert:

„Gesundheitsförderung für die Angehörigen? Da ist mir nichts bekannt, muss ich sagen, nee, da weiß ich nichts, nee“ (Int. V: 514/15).

Nicht nur dem soeben zitierten Experten war wenig über Gesundheitsförderungsmaßnahmen für pflegende Angehörige bekannt. Die anderen befragten Experten reagierten ähnlich, so dass zu vermuten ist, dass bislang kaum einschlägige Angebote für Angehörigen existieren. Zugleich zeichnete sich die Reaktion auf diese Frage durch Unsicherheit darüber aus, ob Angehörige überhaupt zur Klientel der Einrichtungen gehören und die Einrichtungen ergo auch für sie zuständig sind, und ebenso, was Gesundheitsförderung von Angehörigen bedeutet und wie sie aussehen könnte. Auch hier wurde daher auf das herkömmliche Angebot für Angehörige verwiesen, beispielsweise auf die sogenannten Angehörigenabende:

„wo sie [die Angehörigen] dann die Möglichkeit haben, sich untereinander auszutauschen oder aber eben auch ihre Sorgen und Nöte, ja, sozusagen kundgeben können“ (Int. III: 419-425).

Ob ein solches Angebot für die Angehörigen gesundheitsförderliche Wirkung hat, wussten die Befragten nicht einzuschätzen. Insgesamt blieben die Ausführungen zu den Angehörigen sehr schemenhaft. Seine Ursache hat das darin, dass – so ein Experte – es für die Einrichtungen schwierig ist, Kontakt zu den Angehörigen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, da viele Angehörigen eher froh sind, dass die Betreuung vom Heim gesichert wird. *Viele* Bewohner bekommen nur noch selten Besuch von ihren Familienangehörigen und einige haben auch *„überhaupt keinen Kontakt mehr nach Hause“* (Int. VIII: 119) – so die pessimistische Einschätzung des Engagements und Interesses der Angehörigen bei den befragten Experten, ein Bild, das mit Selbsteinschätzungen von Angehörigen wenig in Übereinstimmung zu bringen ist. Als Fazit ist somit festzuhalten, dass Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger bislang eher kein Thema in der stationären Langzeitversorgung ist.

4.2.3 Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/betriebliche Gesundheitsförderung

Anders stellt sich die Situation und Reaktion dar, wenn das Thema Gesundheitsförderung für Mitarbeiter angesprochen wird. Es stößt auf weniger Unsicherheit. Durchgängig wird etwa von den Experten betont, dass *„die Gesunderhaltung der Mitarbeiter natürlich für das Unternehmen ein wichtiges Thema“* ist (Int. V: 228-231), weil sie angesichts des aktuellen Pflegenotstands dringend auf gesunde und zufriedene Mitarbeiter angewiesen sind (Int. VII).

Gesundheitsförderung für Mitarbeiter wird unterschiedlich organisiert: Einige Einrichtungen haben dafür eigens Firmen engagiert (Int. IX), andere arbeiten mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst (Int. II, III, V) oder der BGW zusammen. Die meisten Angebote richten sich an die Pflege, weil

hier der Bedarf am größten ist oder in den Worten der Experten formuliert: weil „*ihr Spielraum so klein im Prinzip*“ ist (Int. IV: 222) und die Belastungen wiederum groß sind, wie auch auf der Leitungsebene deutlich gesehen wird.

Die Angebotspalette ist – folgen wir den Interviews – recht breit: sie umfasst Maßnahmen, die von „*klassischen Sachen*“ (Int. II: 387) wie „*Schulungen in Kinaesthetik, Rückenschule, Supervision*“ (Int. I: 102-103), über „*Entspannungskurs*“ (Int. II: 388) bis zu Einzel- bzw. „*Geschenkgutscheinaktion(en)*“, wie einem vierwöchentlichen Probetraining in einem Fitness-Studio (Int. II: 390) reichen, aber auch einrichtungsinterne Aktionen wie beispielsweise einen Wettbewerb „*mit dem Rad zur Arbeit*“ (Int. II: 393) umfassen.

Viele der Angebote zielen auf körperliche Fitness und Gesundheit, andere fokussieren auf die psychosoziale Situation und die professionelle Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter:

„wenn es Konflikte gibt, in Teams (...) dann gibt es eben so etwas wie Teamentwicklung oder Supervision, wenn jetzt schwere Bewohner da sind oder Bewohner, die eben sehr auf die Psyche von den Mitarbeitern...“ (III: 396-398).

Dazu gehören Angebote wie Supervision bzw. Konfliktmanagement, Teamentwicklung etc. Sie dienen – so die Experten – dazu, die Mitarbeiter zu unterstützen, mit schwierigen Arbeits- und Kooperationsbedingungen, aber als problematisch empfundenen Nutzergruppen umzugehen. Gerade in Bereichen für Menschen im fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung, kann etwa zum Krankheitsbild gehörendes fremd- und selbstgefährdendes oder aggressives Verhalten zur Belastungskumulation bei den Mitarbeitern führen (Wingenfeld/Seidl 2008). Diese bleiben wiederum nicht ohne Auswirkungen auf die Teams und sorgen dort für weitere Belastungen (z. B. durch Krankheitsfälle). Daher ist aus Sicht der Experten für die Mitarbeiter ein geschützter Raum erforderlich, z. B. Gesprächsrunden, Supervisionsgruppen oder Qualitätszirkel, in denen sie sich austauschen und auch eigenen Frustrationen Ausdruck verleihen, also etwa sagen können:

„Es geht mir einfach auf den Geist! (...) man muss so irgendwas zur Verfügung stellen als Einrichtung, sonst sind die Mitarbeiter in kürzester Zeit ausgebrannt“ (Int. VI: 150-155).

Speziell zur Prävention von Überstrapazierung und Burn-out Syndromen sind, so dieses Zitat, psychische Entlastungsangebote für die Mitarbeiter unerlässlich.

Die Experten berichten zwar mit einem hohen Maß an Selbstverständlichkeit von den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter, verweisen aber gleichzeitig auch darauf, dass die Angebote nicht fest in der Organisationskultur und -struktur der Einrichtungen verankert sind, sondern häufig situativ etabliert werden:

„sondern da wird dann wirklich, ja, ich sage mal in dem Moment agiert, (...) wenn so was vorkommt“ (Int. III: 396-409).

Ähnlich auch ein anderer befragter Experte:

„wir haben zwar so im Jahr xy auch begonnen, Gesundheitsmanagement einzuführen, aber das ist ein bisschen eingeschlafen“ (Int. IV: 251-253).

Seither wird auch bei diesem Träger ad hoc verfahren. Das bedeutet, dass erst dann entsprechende Maßnahmen und Angebote für die Mitarbeiter etabliert werden, wenn bereits ein akutes Problem besteht. Auch hier wird also eher auf existierende Probleme reagiert und nicht vorausschauend agiert – eine angesichts der von den Experten konzidierten hohen gesundheitlichen und psychischen Belastungen verwunderliche Vorgehensweise.

Allerdings – auch dies wird von etlichen Experten betont – stoßen all solche Angebote bei den Mitarbeitern nicht zwingend spontan auf Akzeptanz und interessierte Resonanz. Viele sind ihnen „erst einmal fremd“ (Int. IX) und müssen zuweilen mit langem Atem nahe gebracht werden, andere kollidieren mit den Präferenzen der Mitarbeiter und das gilt speziell, wenn Angebote zur körperlichen Aktivität oder psychischen Entlastung Freizeitcharakter aufweisen:

„Spezielle Angebote für Mitarbeiter (...) zum Beispiel autogenes Training oder einen Pilates-Kurs (...) wenn wir das anbieten, also ich habe jetzt auch noch mal nachgefragt (...) bei Pflegedienstleitungen, die sagen eher, das wird schlecht angenommen. Also das sind natürlich Angebote, die der Arbeitgeber zwar zur Verfügung stellt (...) aber die dann doch in der Freizeit gemacht werden und ich glaube, da haben es Mitarbeiter auch ganz gerne, das zu trennen, ja? So also zu sagen: Nee, wenn ich so was mache, dann mache ich es wirklich in meiner Freizeit und nicht noch in der Einrichtung, wo ich arbeite, auch wenn ich da ein kostenloses Angebot bekomme“ (Int. V: 236-244).

Der hier zitierte Experte macht darauf aufmerksam, dass Mitarbeiter durchaus Interesse für Angebote zeigen, die mit Freizeit assoziiert werden. Sie möchten diese aber auch in ihrer Freizeit wahrnehmen. Umgekehrt sind die Mitarbeiter zuweilen wenig geneigt, (berufliche Fortbildungs-)Angebote in der Freizeit wahrzunehmen, die als notwendig für die berufliche Tätigkeit angesehen werden, auch das wird in den Interviews betont. Als Beispiel wird auf Supervisionsangebote verwiesen: Fallen sie in die Freizeit, entstehen ebenfalls Akzeptanz- und Resonanzprobleme. Auch hier sind die Einrichtungen demnach vor die Herausforderung gestellt, genauer den konkreten Bedarf und die Bedürfnisse bzw. Präferenzen der Mitarbeiter zu ermitteln und Angebote darauf zuzuschneiden, um die Mitarbeiter wirklich zu erreichen. Allerdings werden Bedarf, Bedürfnisse und Präferenzen der Mitarbeiter an Gesundheitsförderung bislang, so die Interviews, offenkundig selten erhoben (wenn überhaupt, dann anhand von Krankendaten oder im Zusammenhang mit eingeführten BGM/BGF Projekten) und noch weniger werden erprobte Maßnahmen evaluiert. Auch hier kann bislang nicht von einem systematischen Vorgehen gesprochen werden.

Zusammengefasst bestehen den Experten zufolge für die Mitarbeiter der stationären Langzeitversorgung, besonders die Pflege, zahlreiche Angebote, die sie als gesundheitsförderlich bezeichnen. Genauer betrachtet zeigt sich jedoch auch hier, dass viele der Angebote eher der Aufrechterhaltung der Arbeits- und professionellen Handlungsfähigkeit dienen (Supervision, Konfliktmanagement etc.) oder sie mehr präventiven denn gesundheitsförderlichen Charakter haben (Rückenschulen etc.) und auch beim Thema Mitarbeitergesundheit nicht zwischen Qualitätssicherungs-, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen differenziert werden. Und auch hier steht dahinter keine gezielte Entscheidung, sondern drückt sich Unvertrautheit im Umgang mit dem Thema Gesundheitsförderung aus.

Auch die Gesundheitsförderung für Mitarbeiter ist so gesehen zwar Thema, wird aber offenkundig meist eher indirekt und situativ angegangen, wie nicht zuletzt daran sichtbar wird, dass systematischen Versuchen der Implementation von Gesundheitsförderung (Betriebliche Gesundheitsförderung) kein nachhaltiger Erfolg beschieden ist und sie über kurz oder lang stillschweigend im Sand zu verlaufen drohen, sei es, weil sie nicht persistent genug verfolgt werden, die Mitarbeiter nicht erreicht und ihre Präferenzen nicht getroffen werden, oder sich andere Probleme in den Einrichtungen in den Vordergrund schieben. Ursache dafür dürfte auch hier zu einem erheblichen Teil in konzeptionellen Unklarheiten liegen, ebenso darin, dass die Einrichtungen mehr mit dem Wandel der Zusammensetzung der Klientel und den daraus für sie erwachsenen Konsequenzen befasst sind. Gleichwohl werden durchgängig die hochgradige Belastung und der Stress der Mitarbeiter unterstrichen, ebenso der mittlerweile wie ein Damoklesschwert über den Einrichtungen hängende Fachkräftemangel. Um so mehr erstaunt, dass, glauben wir den Experten, relativ wenig an systematischen Strategien zum Tragen kommt, um die Einrichtungen so zu gestalten, dass sie zufriedenstellende, gesundheitsförderliche und attraktive Arbeitsbedingungen und Betätigungsmöglichkeiten anzubieten vermögen. Für das hier zur Diskussion stehende Thema ist nicht weniger wichtig, dass Gesundheitsförderung für Mitarbeiter dabei im Denk- und Problemhorizont der befragten Experten eine zwar interessante Position und einen bedeutsamen Stellenwert, faktisch aber eher geringe Relevanz beigemessen wird. Hier eine Korrektur einzuleiten und ein entsprechendes Problembewusstsein zu schaffen, wird daher eine künftig wichtige Aufgabe sein.

5. Fazit

Ziel des Berichts war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie der sich in der wissenschaftlichen Diskussion langsam durchsetzende Konsens darüber, dass Gesundheitsförderung und Prävention vor der stationären pflegerischen Langzeitversorgung nicht Halt machen können, sondern auch dort an Stellenwert gewinnen (Garms-Homolová 2008; Kuhlmeiy/Schaeffer 2008; Schaeffer/Büscher 2009), von der Praxis gesehen wird. Wie wird die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention dort eingeschätzt, welche Maßnahmen werden bereits modellhaft erprobt oder regulär durchgeführt und welche Konsequenzen erwachsen daraus unter Implementationsgesichtspunkten – mit diesen Fragen wurden explorative Experteninterviews durchgeführt und ausgewertet.

Sie haben – so der wichtigste und keineswegs überraschende Befund – bestätigt, dass die stationäre pflegerische Langzeitversorgung seit Einführung der Pflegeversicherung einem weitreichenden Wandel unterliegt, der noch nicht zum Stillstand gekommen ist. Im Zuge dessen haben sich, wie auch in der Literatur diskutiert wird (ex. Wingenfeld 2008), die Struktur und das Nutzungsverhalten der Klientel stark verändert – eine Entwicklung, die für die Einrichtungen mit zahlreichen konzeptionellen, qualifikatorischen und strukturellen Herausforderungen einher geht und in den vergangenen Jahren immer stärkeren Handlungs- und Problemdruck erzeugt hat. Die daraus erwachsenen Probleme sind aus Sicht der befragten Experten drängender als Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention. Zwar werden Gesundheitsförderung und Prävention durchgängig als wichtiges und interessantes Thema erachtet, in der Hierarchie der anzugehenden Herausforderungen nehmen sie aber *keine* ranghohe Position ein.

Gleichwohl sehen die Experten die wachsende Relevanz des Themas – vor allem dann, wenn es um die Mitarbeitergesundheit geht. Sie wird als sehr bedeutsam eingeschätzt. Dass die Mitarbeiter, speziell die Pflegenden, in den vergangenen Jahren immer größeren Belastungen ausgesetzt sind, dadurch das Risiko von Überforderung, Burn-out und Krankheit zunimmt und die Einrichtungen gefordert sind, Entlastungs- und auch Gesundheitserhaltungsangebote zu schaffen und damit für größere Zufriedenheit, attraktivere Arbeitsbedingungen und Gesundheitserhaltung zu sorgen, ist den befragten Experten sehr wohl bewusst. In Reaktion darauf wurden in vielen Einrichtungen verschiedenste Angebote zur sozialen Unterstützung und Gesundheitsförderung installiert. Dabei wird allerdings, wie sich in den Interviews zeigte, insgesamt wenig systematisch und gezielt vorgegangen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass bereits eingeführte Maßnahmen nur bedingt die gewünschten Effekte zeigen und zuweilen nicht auf die erhoffte Resonanz stoßen oder nach einiger Zeit leerlaufen.

Vergleichbar ist es auch auf den anderen Ebenen, der Ebene der Nutzer und Angehörigen. Allerdings bildet das Thema Angehörigengesundheit bislang eine Leerstelle. Bei dem Thema Nutzergesundheit sieht es dagegen etwas anders aus. Für die Nutzer existieren bereits unterschiedliche Angebote, wobei schwerfällt, sie von sozialen und therapeutisch/pflegerischen Aktivitäten abzugrenzen. Damit in Übereinstimmung

steht, dass vielen Experten nicht gelingt, die in ihren Einrichtungen unternommenen Aktivitäten begrifflich und konzeptionell plausibel darzustellen. Auch hier – so der Eindruck – wird wenig reflektiert und kompetent vorgegangen, nicht zuletzt – so steht zu vermuten –, weil unvertrautes Terrain betreten wird.

Ein eher tentatives experimentelles Vorgehen bei der Einführung von Maßnahmen und geringe Kenntnis des laufenden Diskurses über Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention kennzeichnet insgesamt die durchgeführten Interviews und zeigt, dass das Thema, obwohl dies nicht explizit ausgesprochen wird, eher unvertraut ist. Damit in Einklang steht, dass es in den Interviews immer wieder Unsicherheit und auch Rückversicherungsbedarf hervorrief. Unter Implementationsgesichtspunkten betrachtet bedeutet dies, dass vielerorts noch kein ausreichendes Problembewusstsein über Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Altenhilfe vorhanden ist und dies zunächst geschaffen werden muss. Ebenso trat bei der Auswertung der Experteninterviews deutlich zu Tage, dass der Kenntnisstand über Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern ist. So kam in den Interviews zum Ausdruck, dass große terminologische Unsicherheit herrscht und zudem unklar ist, was sich hinter den Termini „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ an Konzepten verbirgt, wie diese sich von den Konzepten „Qualität“ und „guter oder aktivierender Pflege“ überhaupt unterscheiden. Auch die Vielzahl an empirischen Erkenntnissen über die Potenziale von Gesundheitsförderung im höheren und hohen Alter sowie von präventiven Maßnahmen zur Vermeidung der Verschlimmerung vorhandener Gesundheits- und Funktionseinbußen sind – von Ausnahmen abgesehen – in der Praxis wenig bekannt. Auch dies ist unter Implementationsgesichtspunkten beachtenswert und veränderungsbedürftig. Mit anderen Worten: Information und Wissensvermittlung auf der Leitungs- und Expertenebene in den Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung sind Voraussetzung, bevor mit der Einführung von konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention begonnen werden kann.

Nicht weniger wichtig ist es, in den Einrichtungen die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention gezielt und systematisch eingeführt werden kann. Ein vornehmlich tentatives und experimentelles Vorgehen, nach dem mal dies, mal das erprobt und getestet wird, mag zeitweise sinnvoll sein, scheint aber längerfristig – so die Interviews – eher frustrierende Erfahrungen mit sich zu bringen und zur Folge zu haben, dass das Engagement auf diesem Gebiet nach einiger Zeit resignativ wieder eingestellt wird. Dies zu vermeiden ist unter Implementationsgesichtspunkten bedeutend.

Ein solchermaßen gezieltes und systematisches Vorgehen hat ebenfalls qualifikatorische Konsequenzen und verlangt, in den Einrichtungen entsprechende Qualifikationsvoraussetzungen zu schaffen. Es ist aber auch an wissenschaftliche Voraussetzungen gebunden, so beispielsweise daran, dass die nötigen Instrumente für ein systematisches Vorgehen entwickelt wurden, etwa die erforderlichen Assessmentinstrumente zur Ermittlung des Bedarfs und der gegebenen Gesundheitsförderungspotenziale, aber auch der Bedürfnisse der Nutzer. Nicht durchgängig existieren solche Instrumente. Auch auf konzeptioneller Ebene harren noch Herausforderun-

gen. Zwar wurde bereits einiges an Konzepten und Maßnahmen entwickelt, doch nur wenige der vorliegenden Konzepte sind bereits getestet und evaluiert. Darüber hinaus sind die Voraussetzungen für ein qualitätsgesichertes Vorgehen zu schaffen (Kolip/Müller 2009).

Angesichts des noch niedrigen Aspirationsniveaus und des in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung herrschenden Problemdrucks, aber auch angesichts der zurückliegenden Erfahrungen aus anderen Bereichen, scheint uns ein Vorgehen bzw. Konzept der Einführung von Gesundheitsförderung und Prävention, das nicht bei den Nutzern ansetzt und von da aus die anderen Ebenen – die der Mitarbeiter, der Angehörigen/ehrenamtlichen Helfer und der Organisation – einbindet unter Implementationsgesichtspunkten wenig sinnvoll (Schaeffer/Büscher 2009). Werden die verschiedenen Ebenen getrennt und nicht kombiniert angegangen, dürfte dies zu viele Ressourcen kosten und angesichts der Problemvielfalt und des Kostendrucks auf Abwehr stoßen. Doch ist auch das Problembewusstsein für einen solchen kombinierten und zugleich nutzerorientierten Zugriff noch wenig ausgeprägt, wie die Interviews ebenfalls sichtbar gemacht haben. Auch dies bedarf unter Implementationsgesichtspunkten dringend der Beachtung und bedeutet, dass eine solche konzeptionelle Vorgehensweise (siehe hierzu Schaeffer/Büscher 2009) zunächst zu vermitteln ist, damit sie tragfähig umgesetzt werden kann.

6. Literaturverzeichnis

- Berger, J./Nolting, H.-D./Genz, H.O./Küfner, S./Nienhaus, A. (2003): BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW, DAK
- Beske, F./Katalinic, A./Pteres, E./Pritzkeleit, R. (2009): Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig Holstein. 114. Auflage Kiel: Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung
- Brause, M./Horn, A./Schaeffer, D./Büscher, A. (2010): Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – Teil II. Nr. P10/144. Bielefeld: Institut für Pflege-wissenschaft
- Büscher, A./Wingenfeld, K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 107-119
- Evashwick, C.J. (2005): The Continuum of Long-Term Care. 3rd Edition. New York: Thomson Delmar Learning
- FES (2009): Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Eigenverlag
- FfG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege – Abschlussbericht. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MfGFSS NRW)
- Garms-Homolová, V. (2008): Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber
- Hirschberg, K.-R.F.v./Kähler, B./Kromark, K. (2009): Demografischer Wandel und Pflegeberufe. Auf den Spuren Elisabeths von Thüringen. Dokumentation des Wartburg-Symposiums am 9. und 10. Juli 2009, Eisenach. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg.)
- Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D./Büscher, A. (2010): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung Teil I. Nr. P10/143. Bielefeld: IPW
- Hurrelmann, K./Horn, A. (2011): Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 727-743
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Auflage. Bern: Huber
- Kolip, P./Müller, V.E. (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Huber. Bern
- Kuhlmei, A. (2008): Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 85-96
- Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber

- Meuser, M./Nagel, U. (1997): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa, 481-491
- Meuser, M./Nagel, U. (2002): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske & Budrich, 71-93
- Nolting, H.-D./Berger, J./Niemann, D./Schiffhorst, G./Genz, H.O./Kordt, M. (2001): BGW-DAK Stress-Monitoring 2001. Verfügbar unter: <http://www.vkm-baden.de/infothek/stress.pdf> (26.06.2009)
- Ostwald, D., A./Erhard, T./Bruntsch, F./Schmidt, H./Friedl, C. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Wirtschaftsprüfgesellschaft, P.A. Frankfurt am Main
- Renner, B./Staudinger, U.M. (2008): Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 193-206
- Schaeffer, D. (i. E.): Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 5., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Schwabenheim: Peter Sabo
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, 441-451
- Schäufele, M./Köhler, L./Lode, S./Weyerer, S. (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 169-231
- Schneekloth, U./Wahl, H.W. – BMFSFJ (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (31.08.2009)
- Schneekloth, U./Von Törne, I. (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53-168
- Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München: Urban & Fischer
- SVR (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Bonn
- Walter, U. (2008): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 245-262

- Wingenfeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 370-381
- Wingenfeld, K./Seidl, N. (2008): Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa, 56-79