

Handbuch



Handbuch

IGES Institut GmbH

Nolting, H.-D.; Beikirch, E.; Pflug, C.; Krieger, J.

Unter Mitwirkung der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V.

Götz, V.; Heislbetz, C.; Sawitzki, S.; Zacherl, R.

Zitiervorschlag:

Nolting, H.-D., Beikirch, E., Pflug, C., Krieger, J., Götz, V., Heislbetz, C.,
Sawitzki, S., Zacherl, R. (2025). PflMeO-Handbuch.
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.).

Berlin, August 2025

Handbuch für das PflMeO-Programm

(Leistung gemäß Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI
in den Handlungsfeldern „Stärkung kognitiver Ressourcen“ und „Psychosoziale Gesundheit“)

Version 2.0

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Aufbau des PflMeO-Handbuchs | 7 |
| 1. PflMeO im Überblick | 9 |
| 1.1 Was heißt „PflMeO“? | 9 |
| 1.2 Warum PflMeO? | 10 |
| 1.3 Was spricht noch für PflMeO? | 10 |
| 1.4 Die Grundidee: Das PflMeO-Konzept | 11 |
| 1.5 Das PflMeO-Programm: Weiterentwicklung von Pflegeeinrichtungen zu „Mental ermunternden Organisationen“ | 14 |
| 2. Rechtliche und pflegepolitische Einordnung | 20 |
| 2.1 Leistungen gemäß § 5 SGB XI | 20 |
| 2.2 Pflege und Gesundheitsförderung | 21 |
| 2.3 Pflegepolitische Einordnung | 23 |
| 3. Das PflMeO-Konzept: Stärkung der Person-Zentrierung in Pflegebeziehungen | 25 |
| 3.1 Entstehung | 25 |
| 3.2 Allgemeine Grundlagen und Definitionen | 26 |
| 3.2.1 Bio-psycho-soziales Modell der Gesundheit | 26 |
| 3.2.2 Gesundheitsförderung und Prävention | 26 |
| 3.2.3 Kognitive Ressourcen | 27 |
| 3.2.4 Psychosoziale Gesundheit | 28 |
| 3.2.5 Organisationsentwicklung | 28 |
| 3.3 Pflegewissenschaftliche Grundlagen und Inspirationen | 31 |
| 3.3.1 Person-zentrierte Pflege | 31 |
| 3.3.2 Das „Six Senses Framework“ als Grundlage einer beziehungsbasierten Pflege | 32 |
| 3.3.3 Normalitätsprinzip | 35 |
| 3.3.4 Validation und Mäeutik | 37 |
| 4. Das PflMeO-Programm: Zielsetzung und fachliches Konzept | 38 |
| 5. Die PflMeO-Projektphase | 43 |
| 5.1 Überblick zur Organisation der Projektphase | 43 |
| 5.2 Einstiegsphase | 46 |
| 5.2.1 Interessensbekundung und Kontaktaufnahme | 46 |
| 5.2.2 Schnupper-Workshop | 47 |
| 5.2.3 Teilnahmevereinbarung | 52 |
| 5.3 Startphase | 53 |
| 5.3.1 Vorbereitung Kick-off-Workshop (KoW) | 53 |
| 5.3.2 Kick-off-Workshop | 54 |
| 5.4 Umsetzungsphase | 58 |
| 5.4.1 Technik „Arbeitssituationen“ | 60 |
| 5.4.2 Informationsveranstaltung | 63 |
| 5.4.3 Technik „Fokuswoche“ | 66 |
| 5.4.4 Technik „Erlebensfenster“ | 72 |
| 5.4.5 Verwendung der freien Beratungstage | 75 |
| 5.5 Verstetigungsphase | 76 |
| 5.5.1 Vorbereitung Verstetigungs-Workshop (VeW) | 76 |
| 5.5.2 Verstetigungs-Workshop | 77 |
| 5.5.3 Follow-up Termin | 79 |
| 5.6 Das PflMeO-Netzwerk | 79 |

| | |
|--|-----------|
| 6. Aufgaben und Rollen der Beteiligten | 80 |
| 6.1 Teilnehmende Pflegeeinrichtungen | 80 |
| 6.1.1 Voraussetzungen für die Teilnahme am PflMeO-Programm | 81 |
| 6.1.2 Leitungsteam | 81 |
| 6.1.3 PflMeO-Beauftragte und PflMeO-Team | 81 |
| 6.1.4 Mitarbeitende aller Bereiche | 82 |
| 6.2 PflMeO-Beratungspersonen | 83 |
| 6.2.1 Aufgaben und Umfang der Beratungsleistung | 83 |
| 6.2.2 Qualifikationen der Beratungspersonen und Qualitätssicherung | 83 |
| 6.3 PKV-Verband und PflMeO-Anbieter | 83 |
| 7. Literaturverzeichnis | 84 |
| Impressum | 86 |

Abbildungen

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Herausforderungen für den Erhalt kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit | 10 |
| Abbildung 2: Förderung der psychosozialen Gesundheit und der kognitiven Ressourcen durch die Ermöglichung „bedeutsamer Aktivitäten“ | 13 |
| Abbildung 3: Zielbild einer „Mental ermunternden Pflegeeinrichtung“ | 14 |
| Abbildung 4: Übersicht der drei Techniken im PflMeO-Programm | 15 |
| Abbildung 5: Zeitlicher Ablauf der PflMeO-Projektphase | 18 |
| Abbildung 6: Zusammenspiel von Pflege und Gesundheitsförderung mit Fokus auf psychosoziale Gesundheit und kognitive Ressourcen | 22 |
| Abbildung 7: PflMeO im Kontext der Handlungsfelder des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ | 38 |
| Abbildung 8: Herausforderungen für den Erhalt kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit | 39 |
| Abbildung 9: Förderung psychosozialer Gesundheit und kognitiver Ressourcen durch Ermöglichung „individuell bedeutsamer Aktivitäten“ | 39 |
| Abbildung 10: Erkunden mit Hilfe der „Six Senses“ und Ermöglichen „individuell bedeutsamer Aktivitäten“ | 40 |
| Abbildung 11: Eine „Mental ermunternden Pflegeeinrichtung“ | 42 |
| Abbildung 12: Ablauf der PflMeO-Projektphase | 44 |
| Abbildung 13: Organisationsprinzip der Umsetzungsphase | 58 |
| Abbildung 14: Rollen und Aufgaben der wichtigsten Akteure in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen | 80 |

Tabellen

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Die Six Senses aus der Perspektive von älteren (pflegebedürftigen) Menschen | 33 |
| Tabelle 2: Die Six Senses aus der Perspektive von Mitarbeitenden | 34 |
| Tabelle 3: Die Six Senses aus der Perspektive von Angehörigen | 35 |

Aufbau des PflMeO-Handbuchs

Das vorliegende Handbuch richtet sich an Beratungspersonen, die eigens für das PflMeO-Programm qualifiziert werden, und stationäre Pflegeeinrichtungen (PE) darin unterstützen sich zu einer „Mental ermunternden Organisation“ zu entwickeln. Das Handbuch dient somit als Anleitung und Nachschlagewerk, um die zukünftig teilnehmenden PE zu beraten, anzuleiten und zu begleiten.

Wie ist dieses Handbuch aufgebaut?

Einen ersten komprimierten Überblick über die wesentlichen Inhalte und den Ablauf des Programms „Pflegeeinrichtungen – Mental ermunternde Organisationen“ (PflMeO) bietet das **Kapitel 1**. Dort finden sich auch Hinweise zu den Nutzungsrechten am PflMeO-Programm bzw. zu den Möglichkeiten für Dritte, das Programm durchzuführen.

Das PflMeO-Programm weist Zusammenhänge zu mehreren aktuellen pflegepolitischen Entwicklungen auf. **Kapitel 2** erläutert diese Bezüge und gibt Hinweise, wie das PflMeO-Programm PE bei der Bewältigung dieser Entwicklungen unterstützen kann. In den **Kapiteln 3** und **4** wird die Entwicklung des Programms beschrieben. Dabei wird insbesondere auf die theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen sowie Anknüpfungspunkte eingegangen.

Kapitel 5 stellt das Herzstück des Handbuchs dar und enthält die Beschreibung des gesamten Prozesses der Umsetzung des **PflMeO-Programms¹** in den PE – von der ersten Kontaktaufnahme über die einzelnen Schritte der ca. neunmonatigen **PflMeO-Projektphase²** bis zum Netzwerk von PE, die das PflMeO-Programm dauerhaft implementiert haben.

Die einzelnen Phasen (Einstiegs-, Start-, Umsetzungs- und Verstetigungsphase) und deren Bausteine (Workshops, Trainingstage, Informationsveranstaltung) werden nach einem vergleichbar aufgebauten Schema („Laufzettel“ mit wesentlichen Fakten zu Zielen, Ablauf, Organisation, Aufgaben der beteiligten Personen, benötigte Materialien; ergänzende Erläuterungen und Tipps auf Basis der Erfahrungen aus der Erprobung) erläutert. Für die Durchführung selbst stehen der Beratungsperson die in der Materialliste angegebenen PowerPoint-Präsentationen (PPT) und ggf. weitere Materialien zur Verfügung. Informationen zu allen Materialien befinden sich in einem separaten Anhang. Alle Materialien sind digital verfügbar. Der Zugriff erfolgt über eine Online-Plattform.

Die Aufgaben und Rollen der relevanten Akteure bzw. Beteiligten im PflMeO-Programm werden abschließend in **Kapitel 6** erläutert. Dies soll Transparenz bezüglich (förderlicher) Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung des PflMeO-Programms in den PE schaffen und aufzeigen, welche Ressourcen dafür benötigt werden.

¹ Das PflMeO-Programm ist die Umsetzung der Grundideen aus dem PflMeO-Konzept in stationären PE.

² Die Anfangsphase des PflMeO-Programms, in der eine Beratungsperson die PE unterstützt, bezeichnen wir als PflMeO-Projektphase.

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Erläuterung | | |
|--------------------|---|-------------|----------------------------------|
| BW | Bewohner*in/Bewohner*innen | PfleBeO | Pflegeeinrichtungen – Bewegungs- |
| DNQP | Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege | PflMeO | freundliche Organisationen |
| EL | Einrichtungsleitung | | Pflegeeinrichtungen - Mental |
| GF | Geschäftsführung | PKV-Verband | ermunternde Organisationen |
| GKV-Spitzenverband | Spitzenverband Bund der Krankenkassen | | Verband der Privaten |
| HWA | Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. | PPT | Krankenversicherung e. V. |
| HW | Hauswirtschaft | QPR | PowerPoint-Präsentation |
| InV | Informationsveranstaltung | RKI | Qualitätsprüfungs-Richtlinien |
| iso | Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. | SIS | Robert Koch-Institut |
| KAP | Konzertierte Aktion Pflege | SB | Strukturierte Informations- |
| KDA | Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V. | SGB | sammlung |
| KoW | Kick-off-Workshop | SW | Soziale Betreuung |
| NPK | Nationale Präventionskonferenz | T | Sozialgesetzbuch |
| PDL | Pflegedienstleitung | TN | Schnupper-Workshop |
| PE | Pflegeeinrichtung/en | VeW | Technik |
| | | WB | Teilnehmende |
| | | WBL | Verstetigungs-Workshop |
| | | WHO | Wohnbereich |
| | | | Wohnbereichsleitung |
| | | | World Health Organization |

1. PflMeO im Überblick

Dieses Kapitel gibt einen knappen Gesamtüberblick über das PflMeO-Programm sowie die zugrundeliegenden Konzepte und Anknüpfungspunkte.

1.1 Was heißt „PflMeO“?

„Pflegeeinrichtungen – Mental ermunternde Organisationen“ – kurz: PflMeO – basiert auf dem Ansatz der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und ist eine Leistung gemäß § 5 SGB XI zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. PflMeO orientiert sich an den Kriterien des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (GKV-Spitzenverband, 2023) und fokussiert die dort beschriebenen Handlungsfelder „Stärkung kognitiver Ressourcen“ und „Psychosoziale Gesundheit“.

PflMeO wurde im Auftrag des Verbands der Privaten Krankenversicherungen (PKV-Verband) durch das IGES Institut (Berlin) unter Mitwirkung der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. (HWA, München) entwickelt. Das Programm wurde von Januar 2023 bis Juni 2024 mit 15 Pflegeeinrichtungen (PE) erprobt. Die Erprobung wurde durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso, Saarbrücken) begleitend evaluiert.

PflMeO richtet sich an stationäre Pflegeeinrichtungen. Die in diesem Handbuch beschriebene Fassung des PflMeO-Programms ist in erster Linie für vollstationäre Pflegeeinrichtungen konzipiert.

PflMeO wurde sowohl in Pflegeeinrichtungen mit einer „typischen“ Zusammensetzung von Bewohner*innen, aber auch in spezialisierten Einrichtungen zur Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung erfolgreich erprobt.

Die gewerblichen Schutz- und Nutzungsrechte für das PflMeO-Programm und den Arbeitsergebnissen der Entwicklung liegen beim PKV-Verband. Der PKV-Verband möchte interessierte Träger, Organisationen oder Einzelpersonen jedoch ausdrücklich zur Nutzung der Arbeitsergebnisse, zur Durchführung und zur Weiterentwicklung des Programms ermuntern und wird auf Anfrage und bei Vorliegen gewisser Voraussetzungen ein einfaches Nutzungsrecht im Rahmen einer Lizenzvereinbarung gewähren.

Entsprechende Anfragen für eine Akkreditierung bzw. Lizenzierung als PflMeO-Anbieter richten Sie bitte an die im Impressum bzw. auf der Website angegebene Kontaktadresse. Eine aktuelle Liste von bereits lizenzierten PflMeO-Anbietern finden Sie ebenfalls auf der Website von „Gesundheit gestalten“³.

³ vgl. <https://gesundheit-gestalten.de/partnerinnen/verband-der-privaten-krankenversicherung-ev/pflmeo-pflegeeinrichtungen-mental>



1.2 Warum PflMeO?

Alltägliche Aufgaben und Anforderungen bewältigen, selbständig Entscheidungen treffen, seine Fähigkeiten nutzen, soziale Kontakte pflegen und Dinge tun, die einem wichtig sind – wenn einem dies gelingt, dann bestehen gute Chancen, dass man geistig fit bleibt und sich wohlfühlt. Pflegebedürftige Menschen tun sich mehr oder weniger schwer damit bzw. sind dabei auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen. Dabei besteht die Gefahr, dass Fähigkeiten und Interessen verloren gehen, weil sie zu wenig genutzt oder angesprochen werden.

Ein weiterer Faktor ist das Leben in einer „Einrichtung“: Ein Pflegeheim kann nur funktionieren, wenn bestimmte Abläufe und Regeln eingehalten werden, was die Entfaltungsmöglichkeiten des Einzelnen einschränken kann. Das umfassende Unterstützungsangebot kann auch dazu verleiten, die eigentlich noch vorhandene Selbständigkeit aufzugeben, anstatt sie durch regelmäßige Anwendung zu erhalten.

Eine „**Mental ermunternde Pflegeeinrichtung**“ fördert die psychosoziale Gesundheit und die kognitiven Ressourcen der Bewohner*innen, indem sie diesen negativen Auswirkungen, soweit es geht, entgegenarbeitet. **PflMeO unterstützt dabei, eine „Mental ermunternde Pflegeeinrichtung“ zu sein bzw. zu werden.**

1.3 Was spricht noch für PflMeO?

PflMeO ist ein Programm zur Gesundheitsförderung, das zahlreiche Anknüpfungspunkte zu aktuellen Herausforderungen in der stationären Langzeitpflege aufweist:

- **Förderung der Selbständigkeit:** Aus dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) folgt ein neues Pflegeverständnis. Statt der früher geltenden Beschränkung auf die Unterstützung bei Verrichtungen des täglichen Lebens stehen nun der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit in einem umfassenden Sinne im Zentrum. Bei PflMeO geht es um die Förderung von geistiger Regsamkeit und die Ermöglichung von Aktivitäten, die für die Bewohner*innen von individueller Bedeutung sind. Damit unterstützt PflMeO die Umsetzung der Ziele der Pflegereform von 2017.
- **Bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung:** Gemäß den Qualitätsprüfungsrichtlinien für stationäre Pflegeeinrichtungen (QPR) wird bei den meisten Qualitätsaspekten auch berücksichtigt, ob die Versorgung einer Person „bedürfnisgerecht“ erfolgt bzw. ob die Bedürfnisse und Wünsche der Person ermittelt und berücksichtigt wurden. Bei PflMeO spielt das „Erkunden“ von Bedürfnissen und individuellen Vorlieben der Bewohner*innen

eine zentrale Rolle. Die Einrichtungen integrieren PflMeO-Techniken – wie z. B. die „Fokuswoche“ – in ihre Regelprozesse und dokumentieren dadurch, dass sie regelhaft Bedürfnisse ermitteln und die Erkenntnisse in die Maßnahmenpläne der Bewohner*innen einfließen.

- **Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Bereiche:** Person-zentrierte Pflege (s. auch Kapitel 3.3.1) und Gesundheitsförderung werden nur gelingen, wenn die Mitarbeitenden aus Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft konstruktiv und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Im Ablauf des PflMeO-Programms wird als erstes eine Technik zur Analyse und Verbesserung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Bereichen eingeführt. Mit der zweiten Technik, bei der die Bewohner*innen im Mittelpunkt stehen, können neue Formen der Zusammenarbeit unmittelbar ausprobiert werden.
- **Pflegeausbildung:** PflMeO eignet sich hervorragend für eine Mitwirkung der Auszubildenden: Zum einen, weil es zentrale Themen der Pflege berührt (Person-Zentrierung, Förderung der Selbständigkeit usw.) und wesentliche pflegerische Kompetenzen (beobachten, wahrnehmen) eingeübt werden können. Zum anderen, weil die Arbeitsweise im PflMeO-Programm – Erlernen und Einüben der PflMeO-Techniken, Einsatz von E-Learning – bereits didaktisch strukturiert ist. Auch das PflMeO-Programm profitiert von der Mitwirkung von Auszubildenden, die oftmals einen „anderen Blick“ auf die Bewohner*innen und ihre Bedürfnisse haben.

Mit der Teilnahme am PflMeO-Programm wird ein systematischer Prozess der Organisationsentwicklung angestoßen. Er bietet die Chance, die Perspektive der Gesundheitsförderung nachhaltig in der Pflegeeinrichtung zu verankern.

1.4 Die Grundidee: Das PflMeO-Konzept

Wir unterscheiden zwischen dem **PflMeO-Konzept** und dem **PflMeO-Programm**:

- Das **PflMeO-Konzept** sind die fachlichen und wissenschaftlichen Grundideen, auf denen das Programm beruht. Bevor man sich entschließt, beim PflMeO-Programm mitzumachen, ist es sinnvoll sich mit den Grundideen etwas vertraut zu machen.

- Das **PflMeO-Programm** ist die Umsetzung der Grundideen in stationären und (zukünftig auch) teilstationären Pflegeeinrichtungen. Dazu gehören die empfohlenen Arbeits- und Ablaufschritte und vor allem die angebotene Unterstützung, die der PKV-Verband als Leistung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) zur Verfügung stellt (Begleitung durch geschulte Beratungspersonen, unterstützende Materialien). Die Anfangsphase des PflMeO-Programms, in der die Beratungspersonen die Einrichtungen während etwa einem Jahr unterstützen, bezeichnen wir in diesem Handbuch auch als **PflMeO-Projektphase**.

Das PflMeO-Konzept lässt sich in einem Satz zusammenfassen: Eine Pflegeeinrichtung fördert das Wohlbefinden und die geistige Regsamkeit der Bewohner*innen, wenn sie möglichst **person-zentriert** arbeitet! Das bedeutet konkret:

- Die Mitarbeitenden der Einrichtung wissen, was für eine*n Bewohner*in individuell wichtig ist, um in der Einrichtung ein gutes Leben führen zu können. Mit anderen Worten: Sie kennen die für diese*n Bewohner*in „**bedeutsamen Aktivitäten**“, die sie/ihn geistig anregen und das Wohlbefinden fördern.
- Die Einrichtung bzw. die Mitarbeitenden versuchen den Bewohner*innen möglichst viele der für sie „individuell bedeutsamen Aktivitäten“ zu ermöglichen.

Pflege- und Betreuungskräfte wissen meistens schon viel über Bedürfnisse und Vorlieben der Bewohner*innen. Dies gilt teilweise auch für die Hauswirtschaftskräfte. Bei PflMeO geht es darum, dieses Wissen gezielt auszubauen, d. h. zu **erkunden**, was einer Person für ein gutes Leben in der Pflegeeinrichtung wichtig ist. Mit dem Begriff „erkunden“ soll angedeutet werden, dass es dabei nicht unbedingt um Nachfragen geht. Viele Bewohner*innen sind nicht in der Lage sprachlich zu ihren Wünschen Auskunft zu geben. Sie kommunizieren aber auf anderen Wegen, bei welchen Gelegenheiten sie entspannt, nervös, angeregt, verängstigt, erfreut oder abwehrend sind. Im Rahmen von PflMeO wird systematisches Erkunden eingeübt. Im nächsten Schritt wird dann überlegt, wie man **ermöglichen** kann, was man über die Person und die für sie „bedeutsamen Aktivitäten“ herausgefunden hat.

Als Orientierung für das Erkunden stützt sich PflMeO auf die „**Six Senses**“. Dabei handelt es sich um ein Konzept des Pflegewissenschaftlers und Gerontologen Michael No-

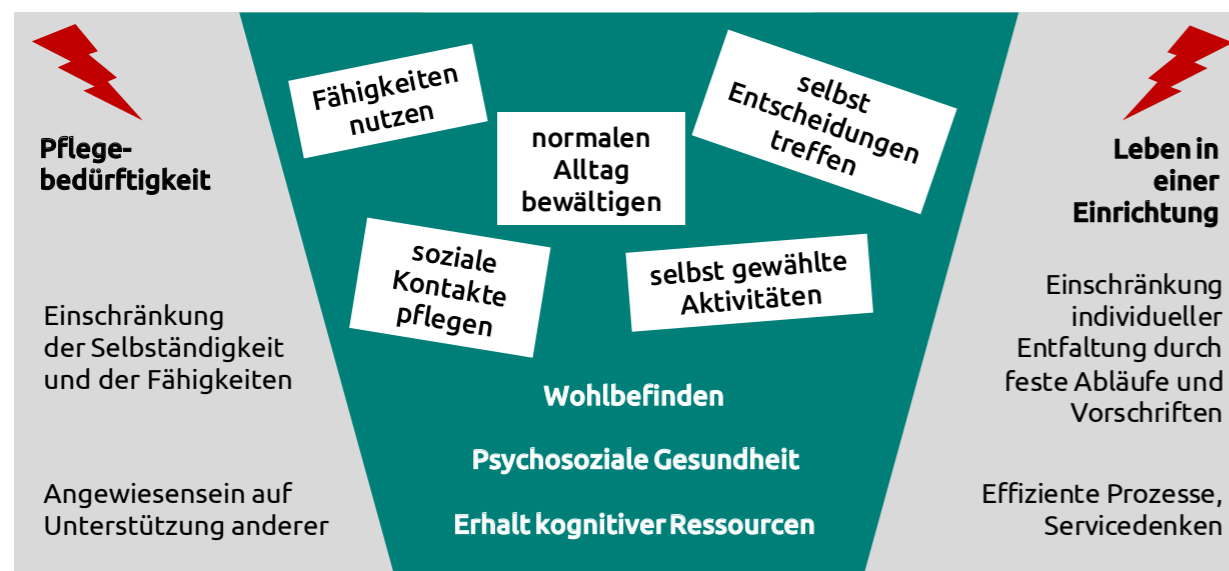


Abbildung 1: Herausforderungen für den Erhalt kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit
Quelle: PflMeO / IGES Institut

lan (Nolan, Brown, Davies, Nolan & Keady, 2006; Büscher 2022), das als ein allgemeiner Rahmen für die Pflegepraxis entwickelt wurde. Nolan und seine Mitarbeitenden haben herausgefunden, dass in einem idealen Pflegesetting alle Beteiligten folgende sechs „Sinne“ (Aspekte, Gefühle) erfahren:

- Ein Gefühl von **Sicherheit**,
- das Gefühl, dazuzugehören (**Zugehörigkeit**),
- die Möglichkeit an seine Lebensgeschichte, Vorerfahrungen und Fähigkeiten anknüpfen zu können (**Kontinuität**),
- die Möglichkeit, eigene Absichten und Ziele zu verfolgen (**Sinnvolles tun**),
- die Erfahrung, etwas erreichen und eigene Absichten verwirklichen zu können (**Erfolg**),
- das Gefühl, als Person wichtig zu sein und geschätzt zu werden (**Wertschätzung**).

Die Six Senses werden von PflMeO wie ein Instrument – man könnte auch sagen, wie eine Brille, durch die man auf die Menschen schaut – eingesetzt, um zu erkunden, was für eine*n Bewohner*in zu einem guten Leben in der Pflegeeinrichtung gehört (... weil es ein Gefühl von Sicherheit, von Zugehörigkeit usw. vermittelt). Dieses vertiefte Kennenlernen ist die Grundlage, um den Bewohner*innen mehr „individuell bedeutsame Aktivitäten“ zu ermöglichen.

„**Ermöglichung bedeutsamer Aktivitäten**“ hört sich vielleicht so an, als ob es um ganz außergewöhnliche Erlebnisse ginge. Das ist jedoch nicht gemeint, wie folgendes Beispiel zeigen soll.

Im Rahmen der „Fokuswoche“ (eine der PflMeO-Techniken) spricht die Hauswirtschaftskraft Frau P. den kürzlich eingezogenen Herrn M. an. Ihr sei schon länger aufgefallen, dass er beim Abendessen im Speisesaal meist angespannt und schlecht gelaunt sei. Ob ihm das Essen nicht schmecke oder er lieber an einem anderen Tisch sitzen möchte? Schließlich sei das Abendessen doch eigentlich eine gute Gelegenheit mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern in Kontakt zu kommen.

Herr M. will erst nicht so recht raus mit der Sprache. Aber dann erzählt er, dass es gar nicht am Essen oder an seinem Platz in Speisesaal liegt. Als er noch zuhause wohnte, habe er sein Abendessen immer vor dem Fernseher eingenommen. Das vermisst er jetzt sehr, aber er müsse sich wohl damit abfinden, dass er im Heim immer in den Speisesaal muss.

Für Herrn M. ist das „Abendessen vor dem Fernseher“ eine „bedeutsame Aktivität“ – einfach, weil es ihm Freude macht und zu seinem Leben gehörte, bevor er in das Pflegeheim einzog. Die Pflegeeinrichtung hat es Herrn M. ermöglicht, das Abendessen von nun an in seinem Zimmer vor dem Fernseher einzunehmen und damit bei Herrn M. mehrere der Six Senses angesprochen: Seine im Laufe des Lebens erworbenen Gewohnheiten und Vorlieben werden anerkannt und berücksichtigt (Kontinuität), seine persönlichen Wünsche in Bezug auf die Teilnahme am sozialen Leben werden akzeptiert (Zugehörigkeit) und er hat die Erfahrung gemacht, dass er seine Lebensumstände weiterhin selbst gestalten kann (Erfolg).

**Förderung psychosozialer Gesundheit und kognitiver Ressourcen
„geistig angeregt, sozial aktiv, sich wohlfühlen“**

Gestaltung des Alltags, so dass mehr „bedeutsame Aktivitäten“ ermöglicht werden

- Für jede*n Bewohner*in:
 - Identifikation, was die Person tun (oder auch nicht tun) möchte, um ihren individuellen Vorstellungen entsprechend zu leben
 - **Ermöglichung** möglichst vieler dieser individuell bedeutsamen Aktivitäten
- Für die Einrichtung: Kontinuierliche Weiterentwicklung der Abläufe und Umgebung, um mehr bedeutsame Aktivitäten zu ermöglichen.

Stärkung der Person-Zentrierung

- Kennenlernen der Bewohner*innen: **Erkunden** mit Hilfe der „Six Senses“
- Einbeziehung aller Mitarbeitenden sowie von Angehörigen und weiteren Personen (z.B. ehrenamtlich tätige Personen)

Abbildung 2: Förderung der psychosozialen Gesundheit und der kognitiven Ressourcen durch die Ermöglichung „bedeutsamer Aktivitäten“

Quelle: PflMeO / IGES Institut

Die Grundidee einer Stärkung der Person-Zentrierung durch die Fokussierung der Six Senses lässt sich nicht nur auf die Bewohner*innen anwenden, sondern auch auf die Mitarbeitenden sowie die An- und Zugehörigen⁴. Wenn die Mitarbeitenden sich ihrem Team zugehörig fühlen, wenn sie Erfolgserlebnisse haben und sich wertgeschätzt fühlen, dann wirkt sich das positiv auf ihre psychosoziale Gesundheit aus – und indirekt auch auf die der Bewohner*innen. Die Zusammenarbeit der Angehörigen mit der Pflegeeinrichtung wird gefördert, wenn sie sich willkommen, gut informiert und einbezogen fühlen.

Gutes Leben und Arbeiten in der stationären Pflege entstehen auf der Basis gelingender Beziehungen zwischen Bewohner*innen, Mitarbeitenden sowie Angehörigen. Das PflMeO-Programm verfolgt die Ziele der Förderung von psychosozialer Gesundheit und kognitiven Ressourcen daher auf drei Ebenen: Für die Bewohner*innen sollen mehr „individuell bedeutsame Aktivitäten“ ermöglicht, für die Mitarbeitenden soll eine positive Arbeitssituation und eine gute bereichsübergreifende Zusammenarbeit gefördert und die Angehörigen sollen sich einbezogen und in ihrem Beitrag gewürdigt fühlen.

⁴ Der besseren Lesbarkeit halber wird im Folgenden nur von „Angehörigen“ gesprochen.

**Person-zentriert pflegen und arbeiten in der Pflege bedeutet ...
... erkunden und ermöglichen.**

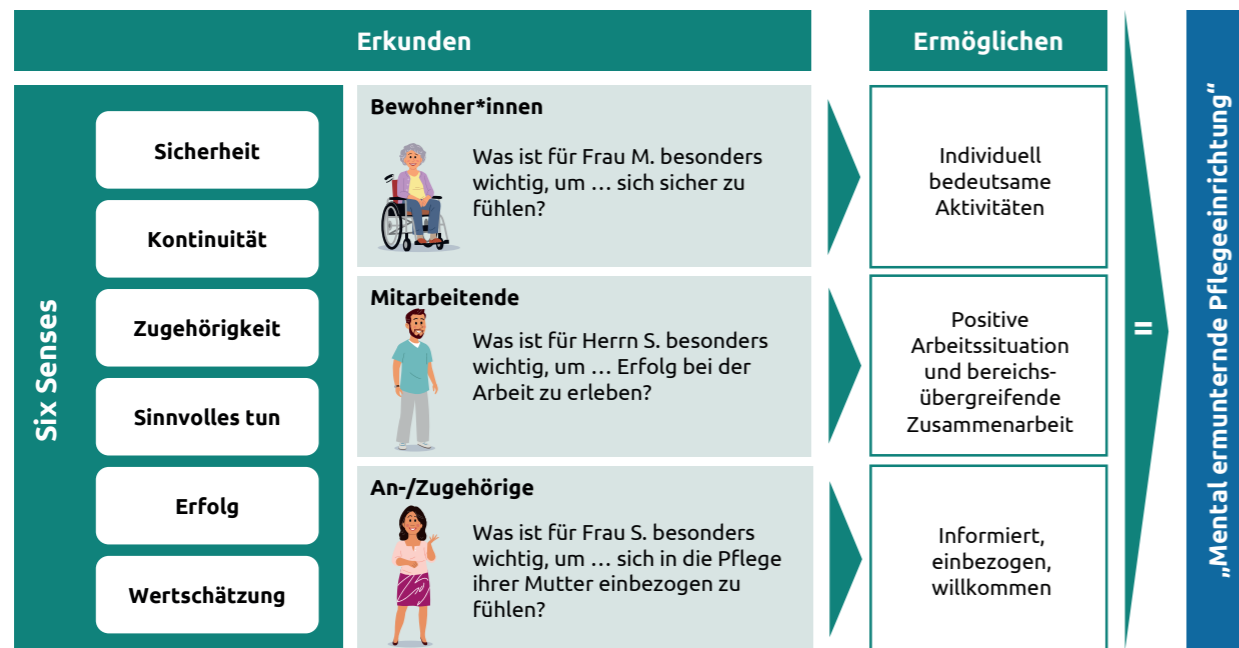


Abbildung 3: Zielbild einer „Mental ermunternden Pflegeeinrichtung“

Quelle: PflMeO / IGES Institut

**1.5 Das PflMeO-Programm:
Weiterentwicklung von
Pflegeeinrichtungen zu
„Mental ermunternden
Organisationen“**

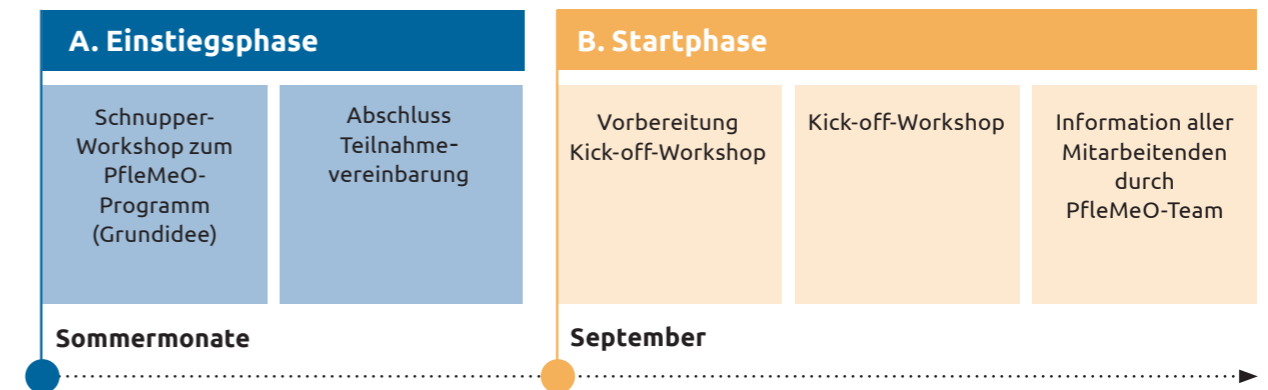
Die Grundidee einer Weiterentwicklung der Beziehungen zwischen den Beteiligten in der Pflege durch Stärkung der Person-Zentrierung ist nicht neu. Sie liegt auch dem seit 2017 in der sozialen Pflegeversicherung geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 4 SGB XI) bzw. dem daraus folgenden Pflegeverständnis (Förderung der Selbständigkeit) zugrunde. Auch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation beruht auf einer person-zentrierten Pflegekonzeption. Die Eingangsfrage der

Strukturierten Informationssammlung (SIS®) lautet daher nicht zufällig: „Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“.

Viele Pflegeeinrichtungen sind auf dem Weg zu einer person-zentriert und dadurch gesundheitsförderlichen Pflege schon fortgeschritten. Für sie ist PflMeO eine Gelegenheit den Stand der Dinge zu reflektieren und neue Impulse aufzunehmen. Andere Einrichtungen können die etwa ein Jahr dauernde Phase der Unterstützung durch die PflMeO-Beratungspersonen nutzen, um einen Prozess der Organisationsentwicklung einzuleiten.

Der PKV-Verband bietet stationären Pflegeeinrichtungen, die das PflMeO-Konzept umsetzen möchten, eine systematische Unterstützung und Begleitung in der Einführungsphase sowie die dauerhafte Mitwirkung im PflMeO-Netzwerk (vgl. Kapitel 5.6) an.

Einstiegs- und Startphase



Diese Einführungs- bzw. sogenannte **Projektphase** folgt einem festen zeitlichen Ablauf und wird folgend einmal beispielhaft beschrieben.

Den Einstieg bildet ein **PflMeO-Schnupper-Workshop**. Pflegeeinrichtungen können einen ersten Eindruck von den Grundideen gewinnen, bekommen einen Überblick über die anschließenden Arbeitsschritte und lernen eine PflMeO-Beratungsperson kennen, die sie in den nächsten Monaten begleiten kann. Der Schnupper-Workshop dient auch dazu, sich ein realistisches Bild zu machen, ob das Konzept für die eigene Einrichtung passt und ob man den für die Implementierung erforderlichen personellen und organisatorischen Rahmen leisten kann. Unverbindliche Schnupper-Workshops für interessierte Einrichtungen werden im Laufe des Sommers angeboten.

Nach dem Abschluss einer **Teilnahmevereinbarung** fällt der eigentliche Startschuss mit dem **Kick-off-Workshop**, der im Laufe des Septembers stattfindet. Dieser ganztägige Workshop dient der ausführlichen Einführung in PflMeO. Die Beratungsperson bereitet ihn gemeinsam mit der **PflMeO-Beauftragten (und ihrem Team)** der Einrichtung vor. An dem Workshop nehmen außer dem PflMeO-Kernteam auch die Wohnbereichsleitungen sowie Vertreter*innen von Hauswirtschaft und sozialer Betreuung teil.

Im Zentrum des Kick-off-Workshops steht das Kennenlernen der drei **PflMeO-Techniken**, mit denen im weiteren Verlauf gearbeitet werden soll. Diese drei Techniken unterstützen die Umsetzung des PflMeO-Konzepts und beziehen sich jeweils auf eine Zielgruppe: Technik „Fokuswoche“ auf die Bewohner*innen; Technik „Arbeitssituationen“ auf die Mitarbeitenden; Technik „Erlebensfenster“ auf die Angehörigen (s. Abbildung 4).

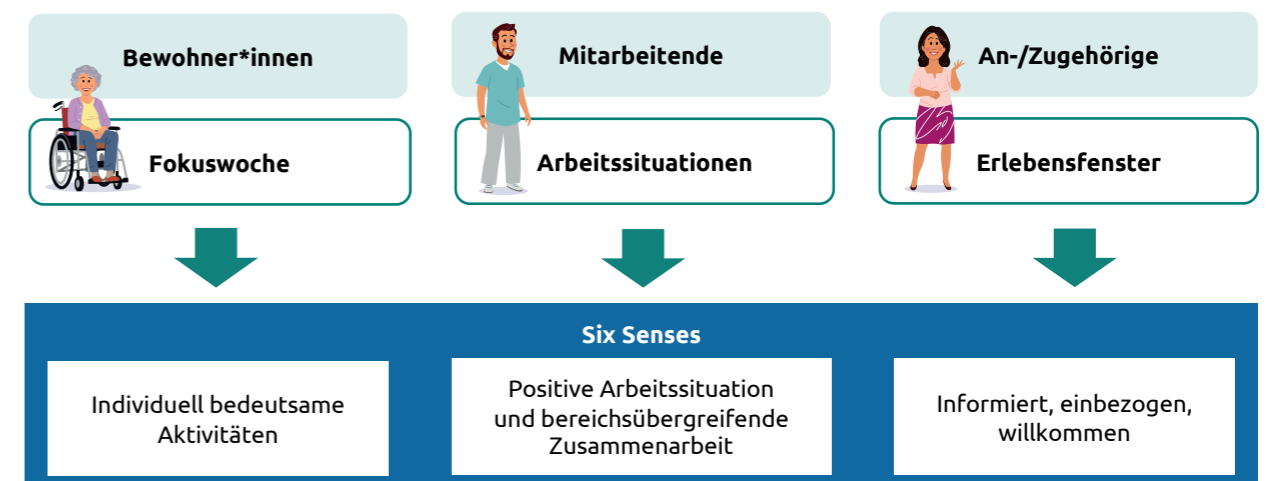


Abbildung 4: Übersicht der drei Techniken im PflMeO-Programm

Quelle: PflMeO / IGES Institut

Umsetzungsphase



In der ersten Phase der Umsetzung (ab Oktober) kommt die **Technik „Arbeitssituationen“** zum Einsatz, bei der die Mitarbeitenden durch die „Brille“ der Six Senses auf ihre eigene Arbeit schauen. Die Moderation übernimmt am Anfang die Beratungsperson, später kann z. B. die **PfleMeO-Beauftragte⁵** der Pflegeeinrichtung diese Rolle übernehmen. Im Ergebnis resultieren zahlreiche Anstöße, wie Arbeitsabläufe in den Teams und die bereichsübergreifende Zusammenarbeit verbessert werden können. Diese Impulse zur Organisationsentwicklung werden in den regulären Teambesprechungen – ggf. auch mit Unterstützung durch die Beratungsperson – weiterverarbeitet. Ein erwünschter Nebeneffekt der Technik „Arbeitssituationen“: Alle Beteiligten lernen, wie man mit den Six Senses arbeiten kann.

Im November – möglichst vor Beginn der Adventszeit – führt die Einrichtung eine **Informationsveranstaltung für die Bewohner*innen und deren Angehörige** zu PfleMeO durch. Mit Beginn des neuen Jahres soll mit der Technik „Fokuswoche“ begonnen werden, bei der die Bewohner*innen im Mittelpunkt stehen. Die Mitarbeitenden und das PfleMeO-Team sind inzwischen mit den Grundideen von PfleMeO gut vertraut und können den Bewohner*innen und Angehörigen erläutern, worum es gehen wird. Die Beratungsperson unterstützt bei der Vorbereitung der Informationsveranstaltung.

Damit sind gute Voraussetzungen für die Beschäftigung mit der **Technik „Fokuswoche“** geschaffen, die im PfleMeO-Programm eine zentrale Stellung einnimmt. Ab Januar geht es darum, zu erkunden, was für jede*n einzelne*n Bewohner*in die Six Senses ausmachen und wie die Einrichtung mehr „bedeutsame Aktivitäten“ ermöglichen kann. Während einer Woche steht jeweils ein*e Bewohner*in im „Fokus“. Das heißt, alle Mitarbeitenden aus Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und je nach individueller Situation auch weitere an der Versorgung beteiligte Personen nutzen ihre **„Kontakt- und Beziehungsmomente“** für das Erkunden von Frau Meier. Die Erkenntnisse aus Beobachtungen, Gesprächen, pflegerischen, betreuenden, versorgenden oder sonstigen Interaktionen werden zusammengetragen und im Team ausgewertet: Was bedeutet für Frau Meier Sicherheit oder Erfolg haben? Was sind für Frau Meier Aktivitäten (alltägliche Gewohnheiten, Umstände usw.), die ihr das Gefühl von Sicherheit, Zugehörigkeit, Erfolg usw. vermitteln? Wie können wir ihr (mehr) dieser Aktivitäten ermöglichen?

Als Ergebnis der „Fokuswoche“ gelingt es fast immer, durch vielfach kleine Anpassungen oder zusätzliche Angebote den Bewohner*innen ein besseres, d. h. ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen besser entsprechendes Leben zu ermöglichen. Für die Pflegeeinrichtung bzw. die Teams entstehen durch die „Fokuswochen“ vielfältige Impulse für die Gestaltung von Pflege und Betreuung sowie ggf. weiteren Abläufen.

⁵ Es muss sich nicht um eine weibliche Person handeln. Der besseren Lesbarkeit halber wird die weibliche Form „die PfleMeO-Beauftragte“ im Manual verwendet.

Für das Erlernen und Ausprobieren der Technik „Fokuswoche“ wird ausreichend Zeit eingeplant (einschließlich der Einführung in die Technik von Januar bis Anfang April). Durch die **Mitwirkung aller Bereiche bei der „Fokuswoche“** werden nicht nur neue Erkenntnisse und Anregungen in Bezug auf die Bewohner*innen gewonnen. Darüber hinaus können auch neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft erprobt werden, auf die man sich zuvor im Zusammenhang mit der Technik „Arbeitssituationen“ verständigt hat.

Bei der dritten **Technik „Erlebensfenster“** geht es um die Angehörigen – ihr Erleben der gesamten Situation („Mutter im Pflegeheim“) sowie ihre Beziehungen zu der Pflegeeinrichtung bzw. den Mitarbeitenden. Die Angehörigen erleben die Pflegeeinrichtung und auch das Leben ihrer dort wohnenden Angehörigen während des kurzen Zeitfensters, wenn sie zu Besuch kommen. Für Gespräche mit den Mitarbeitenden bleibt oft wenig Zeit und dann stehen vielfach konkrete Fragen zur gesundheitlichen Situation und Versorgung im Mittelpunkt. Ziel dieser Technik ist es, mit **Angehörigen als Personen** ins Gespräch zu kommen, um das gegenseitige Verständnis von Mitarbeitenden und Angehörigen zu verbessern. Das normale „Erlebensfenster“ von Angehörigen bei ihren Besuchen in der Einrichtung soll also weiter geöffnet werden. Auch hier wird zum Einstieg mit den Six Senses gearbeitet, um beispielsweise ins Gespräch darüber zu kommen, was für eine angehörige Person wichtig ist, um sich einbezogen oder wertgeschätzt zu fühlen. Die Technik „Erlebensfenster“ stellt insofern eine Herausforderung dar, als Angehörige normalerweise nicht damit rechnen, dass sie selbst als Person angesprochen werden und ihre eigenen Empfindungen und die persönliche Situation in den Mittelpunkt des Gesprächs rücken. Sie denken daher zunächst, sie müssten Auskunft zu den Six Senses ihrer in der Einrichtung lebenden Mutter oder Vater geben. Die Einführung in die Technik Erlebensfenster

beginnt im März, während die Arbeit mit der „Fokuswoche“ parallel weiterläuft.

Mit dem **Verstetigungs-Workshop** im Mai endet die intensive Begleitung der Pflegeeinrichtung durch die PfleMeO-Beratungspersonen. Den Workshop bereitet das PfleMeO-Team ab April mit Unterstützung der Beratungsperson vor. Verlauf und Ergebnisse der bis dahin geleisteten Arbeit, Überlegungen zur Eingliederung in die bestehenden Prozesse, aber auch Schwierigkeiten und Hindernisse werden zusammengetragen, bewertet und aufbereitet. Am Verstetigungs-Workshop nehmen alle PfleMeO-Aktivistinnen und vor allem auch die Einrichtungs- bzw. Geschäftsleitung teil. Im Zentrum steht die Frage, was bisher erreicht wurde und wie es in der Einrichtung mit PfleMeO weitergehen soll.

Um die Beschlüsse des Verstetigungs-Workshops – was soll fortgeführt, ausgebaut, neu begonnen werden – zu dokumentieren, ist es möglich (einrichtungsindividuelle Entscheidung), während des Workshops ein **Zukunftsbild** der künftigen „Mental ermunternden Pflegeeinrichtung“ zu erstellen („Graphic Recording“). Das Zukunftsbild soll der Einrichtung für die weitere Arbeit eine Orientierung geben. Sofern dies umgesetzt wird, steht es als Poster zur Verfügung und kann im Haus an geeigneter Stelle aufgehängt und damit für alle Beteiligten sichtbar gemacht werden.

In der Folgezeit sind die Einrichtungen selbst verantwortlich, das Erreichte fortzuführen und PfleMeO in ihrem Haus weiterzuentwickeln. Als letzten Baustein der PfleMeO-Projektphase gibt es jedoch die Möglichkeit etwa sechs Monate nach dem Verstetigungs-Workshop noch einen **Auffrischungstag** (Follow-up Termin) mit der Beratungsperson zu gestalten.

Abbildung 5 gibt abschließend noch einmal einen Gesamtüberblick über den Ablauf der PfleMeO-Projektphase in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Verstetigungsphase



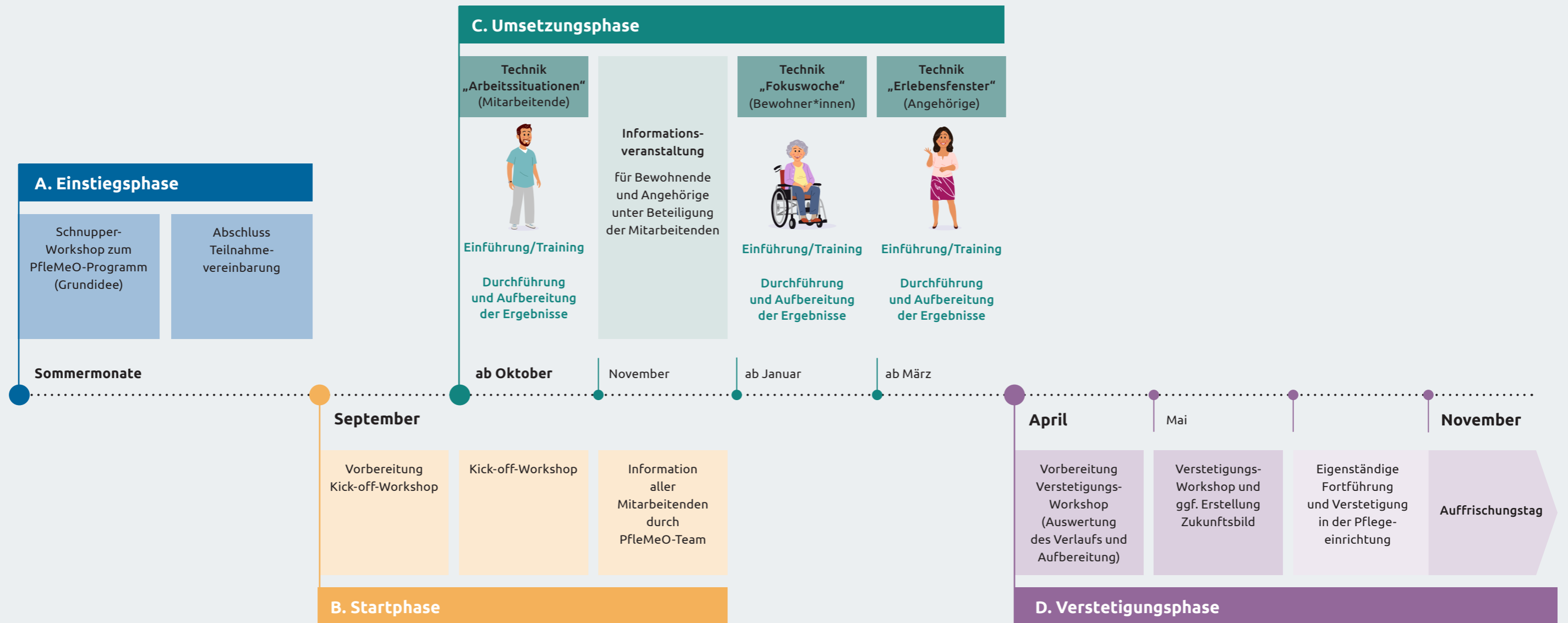


Abbildung 5: Zeitlicher Ablauf der PflMeO-Projektphase

Quelle: PflMeO / IGES Institut

2. Rechtliche und pflegepolitische Einordnung

2.1 Leistungen gemäß § 5 SGB XI

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 erhielten die Pflegekassen den Auftrag, „Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ zu erbringen. Dies geschah vor dem Hintergrund einer zunehmenden Anzahl älterer Menschen mit Pflegebedarf, steigender Ausgaben für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie der Erkenntnis, dass es bis ins hohe Alter Potenziale zur Gesundheitsförderung und Prävention gibt. Der Gesetzestext hierzu lautet:

„Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen [...] für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. [...] Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.“ (§ 5 Abs. 1 SGB XI)

Die im Gesetzestext erwähnten Kriterien sowie weitere Ausführungen zu den Handlungsfeldern, in denen präventive Maßnahmen durchgeführt werden sollen, finden sich im „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (GKV-Spitzenverband, 2023). Dieser Leitfaden konkretisiert die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK, 2018). Der PKV-Verband ist stimmberechtigtes Mitglied der NPK und legt seinem Präventionsengagement ebenfalls diesen Leitfaden zugrunde.

Die Leistungen gemäß § 5 SGB XI richten sich an Pflegeeinrichtungen als „Lebenswelten“. Mit „Lebenswelten“ – auch als „Settings“ bezeichnet – sind hier „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme“ (§ 20a SGB V) gemeint. Durch die Leistungen zur Prävention sollen Pflegeeinrichtungen als soziale Systeme weiterentwickelt und ihre Strukturen und Prozesse so verändert werden, dass

die Gesundheit der Bewohner*innen stärker gefördert werden kann. Mit Leistungen gemäß § 5 SGB XI sollen also nicht einzelne isolierte Angebote finanziert werden, wie z.B. Bewegungstraining, kognitives Training, Vorlesestunde oder gemeinsames Singen. Vielmehr soll es durch eine Weiterentwicklung der Organisation von Pflege und Betreuung möglich werden, Aspekte der Gesundheitsförderung stärker in die normalen Prozesse der Einrichtung zu integrieren. Als Ergebnis einer solchen Organisationsentwicklung, kann die Einrichtung natürlich auch bestimmte Angebote, wie die oben beispielhaft genannten, vorhalten bzw. durchführen.

Die angestrebte Weiterentwicklung soll unter Einbeziehung der Mitarbeitenden und der Bewohner*innen stattfinden. Daher wird auch von „partizipativer Organisationsentwicklung“ gesprochen. Die Pflegekassen unterstützen diese partizipative Organisationsentwicklung, z.B. durch Beratung, Einbringen von Ressourcen, Moderation, Projektmanagement oder die Entwicklung und Umsetzung relevanter Konzepte und Programme (GKV-Spitzenverband, 2023, S. 13). Sie setzen dazu eigene Fachkräfte oder beauftragte Dritte ein (ebd.).

Der PKV-Verband erbringt im Rahmen seines Präventionsengagements sechs Arten von Leistungen innerhalb des durch die Bundesrahmenempfehlungen bzw. den Leitfaden gesetzten Gesamtrahmens:

Verhaltensebene:

- Informationsvermittlungsleistungen: Angebote, die auf einen Informationszugewinn bei der jeweiligen Zielgruppe ausgerichtet sind.
- Kompetenzvermittlungsleistungen: Angebote, durch die sich die jeweilige Zielgruppe neben Informationen auch Fähigkeiten und Fertigkeiten aneignet.
- Motivationsleistungen: Angebote zur Förderung der Adhärenz, d.h. der Aufnahme und Aufrechterhaltung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen bei der Zielgruppe. Dies beinhaltet auch den Aufbau von motivationsfördernden Rahmenbedingungen.

Verhältnisebene:

- Beratungsleistungen: Angebote zur Beratung von Organisationen, Institutionen oder Gremien im Sinne einer

gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung (Organisationsentwicklungs- und Fachberatung).

- Qualifikationsleistungen: Angebote zur Qualifikation von Mitgliedern von Organisationen, Institutionen, kommunalen Gremien mit dem Ziel der Förderung organisationaler Kompetenzen (Organisations- und Team-Schulungen).
- Vernetzungsleistungen: Angebote zur Vernetzung und Interessensvermittlung von Organisationen, Institutionen, kommunalen Gremien und von Individuen und Gemeinschaften aller einflussnehmenden Bereiche.

Das PflMeO-Programm umfasst Elemente aller sechs Leistungsarten, wobei die Leistungen auf der Verhältnisebene im Vordergrund stehen. Ziel ist es einen partizipativen Organisationsentwicklungsprozess in stationären Pflegeeinrichtungen anzustoßen und nachhaltig zu implementieren. Die Pflegeeinrichtungen sollen befähigt werden, die psychosoziale Gesundheit und die kognitiven Ressourcen der Bewohner*innen in stärkerem Maße zu fördern.

2.2 Pflege und Gesundheitsförderung

Nach dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn ein Mensch in seiner Selbständigkeit und seinen Fähigkeiten so stark beeinträchtigt ist, dass er auf Unterstützung durch andere Personen angewiesen ist. Maßgeblich sind dabei Beeinträchtigungen in den folgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung,
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Die Fokussierung auf die Aspekte der Selbständigkeit und der Fähigkeiten – also letztlich auf die Ressourcen eines Menschen – gilt nicht nur für das Verfahren zur Feststellung ob bzw. in welchem Ausmaß Pflegebedürftigkeit vor-

liegt. Auch das pflegerische Handeln soll sich daran orientieren. Das bedeutet konkret, dass Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten einer pflegebedürftigen Person fester Bestandteil der pflegerischen Unterstützung sind.

Die Förderung von Selbständigkeit durch pflegerisches Handeln umfasst neben der Unterstützung einer möglichst selbständigen Ausführung alltäglicher Aufgaben, wie z.B. die Anleitung bei der Körperpflege, insbesondere auch die Förderung allgemeinerer Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien, wie z.B. die Aktivierung kognitiver Fähigkeiten oder eine stützende Beziehungsgestaltung. Die Förderung von Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien umfasst auch Ansätze, die darauf abzielen, mit einem etwaigen irreversiblen Verlust von Selbständigkeit durch Krankheit oder Behinderung umgehen und diesen bewältigen zu können.

Durch den **gemeinsamen Grundgedanken der Ressourcenförderung** sind Gesundheitsförderung und pflegerisches Handeln eng miteinander verbunden. Im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI ist die Gesundheitsförderung ein ständiger Bestandteil pflegerischen Handelns. Das mit pflegerischem Handeln verbundene Ziel, Selbständigkeit und Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern, kann letztlich noch besser erreicht werden, indem das Ziel der Gesundheitsförderung verfolgt wird, nämlich „personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 241). Umgekehrt können Verbesserungen in den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung noch besser erzielt werden, wenn das pflegerische Handeln konsequent dem Pflegeverständnis folgt, das durch den 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff etabliert wurde.

Neben der grundsätzlichen, konzeptuell engen Verbindung von Pflege und Gesundheitsförderung, zeigen die im Rahmen des PflMeO-Konzepts fokussierten Handlungsfelder eine spezifische Anschlussfähigkeit für bestimmte Bereiche von Pflegebedürftigkeit. Die konzeptuelle Nähe der Handlungsfelder „Psychosoziale Gesundheit“ und „Stärkung kognitiver Ressourcen“ zu den Bereichen 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten), 3 (psychische Problemlagen) und 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) ist offensichtlich: Pflegerisch angemessenes Handeln in den Bereichen 2, 3 und 6 umfasst nach

Möglichkeit immer auch Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit.

Durch den Fokus des PflMeO-Konzepts auf die psychosoziale Gesundheit ist über das individuelle Wohlbefinden (vgl. die Ausführungen zu „psychosozialer Gesundheit“ in Kapitel 3.2.4) auch ein Bezug zu sämtlichen Bereichen von Pflegebedürftigkeit sowie allen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung herstellbar. Betrachtet man Wohlbefinden (psychosoziale Gesundheit) von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen als gemeinsames Ziel pflegerischen und gesundheitsförderlichen Handelns, so tragen letztlich alle pflegerisch angemessenen und ge-

sundheitsförderlichen Maßnahmen zur psychosozialen Gesundheit von Bewohner*innen bei, unabhängig vom spezifischen Bereich der Pflegebedürftigkeit oder dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung auf den sie primär gerichtet sind (Abbildung 6).

Über die psychosoziale Gesundheit als gemeinsames Ziel erhält noch ein weiteres zentrales Konzept Einzug in die Grundlagen pflegerisch-gesundheitsförderlichen Handelns: die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen am Leben in der Gemeinschaft. D.h. Menschen mit Krankheit oder Behinderung (Pflegebedürftigkeit) haben dasselbe Recht auf ein selbstbestimmtes Leben, wie Menschen ohne solche Beeinträchtigungen.

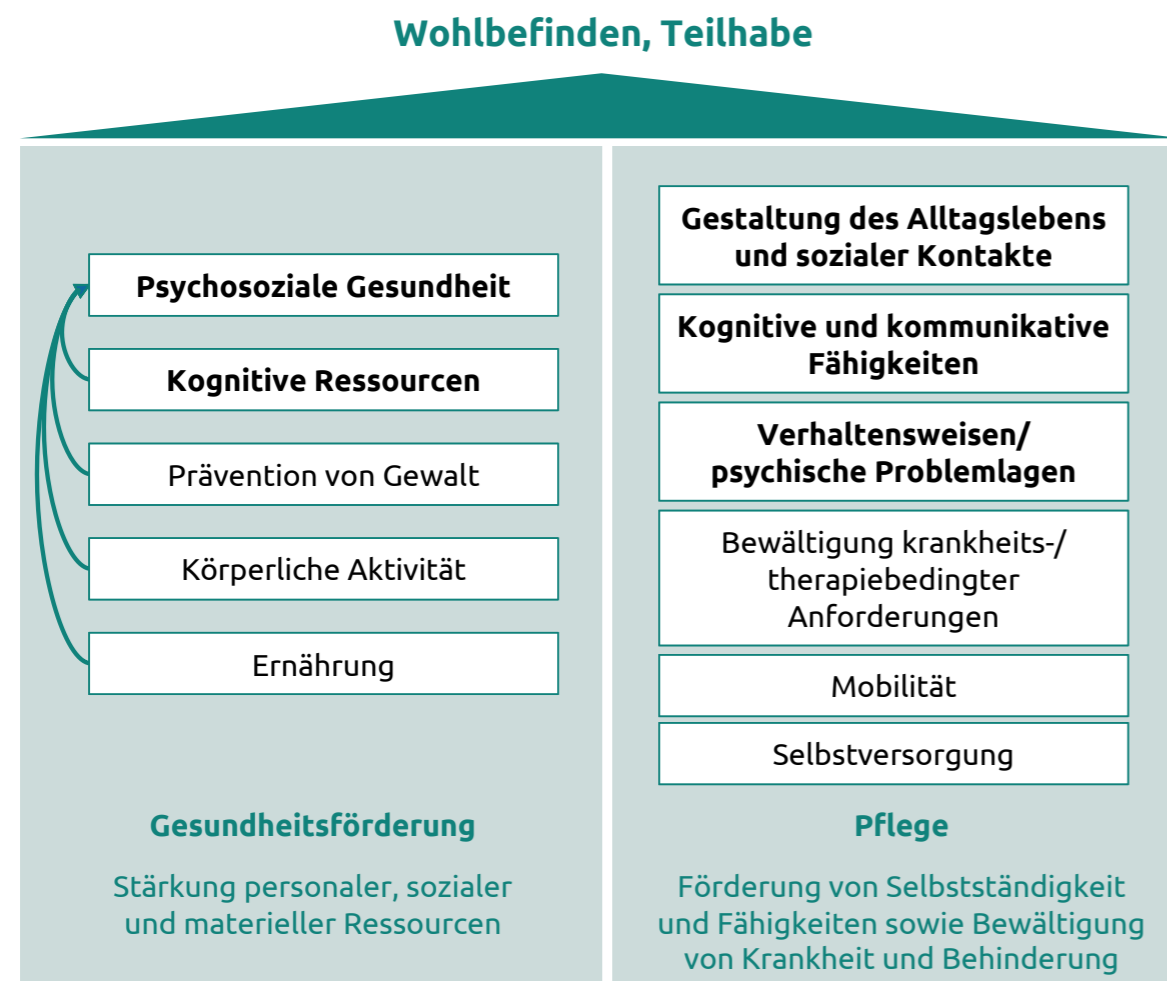


Abbildung 6: Zusammenspiel von Pflege und Gesundheitsförderung mit Fokus auf psychosoziale Gesundheit und kognitive Ressourcen
Quelle: PflMeO/IGES Institut

2.3 Pflegepolitische Einordnung

Die Langzeitpflege nimmt aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen einen zunehmend wichtigen Stellenwert ein. Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wird der Pflegesektor stark durch regulatorische Anforderungen geprägt, z.B. in Hinblick auf das Leistungsspektrum, die Vergütung, die Personalbemessung und die Qualitätssicherung. Die Anforderungen sind in den letzten Jahren zunehmend hinterfragt worden, zum einen aufgrund eines anhaltenden Mangels an Personen, die in der Pflege beruflich tätig sind, zum anderen aufgrund sich wandelnder Erwartungen an das, was Pflege im Kontext der sozialen Pflegeversicherung leisten soll. Auch stellt sich auf gesellschaftlicher und politischer Ebene zunehmend die Frage, wie die Langzeitpflege nachhaltig finanziert werden kann.

Um dem Mangel an Arbeitenden in diesen Bereichen zu begegnen, initiierten das Bundesgesundheits-, Bundesfamilien- und Bundesarbeitsministerium im Juli 2018 die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP). In fünf Arbeitsgruppen wurden Möglichkeiten zur Stärkung der Attraktivität der Pflege erarbeitet. Im Juni 2019 vereinbarten die relevanten Akteure⁶ verbindliche Ziele und konkrete Maßnahmen, die seither umgesetzt werden (Die Bundesregierung, 2020). Die Ausbildungsoffensive und die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland zielen darauf ab, mehr Pflegepersonal zu gewinnen. Durch innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung soll eine Aufwertung des Pflegeberufs bewirkt werden. Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sowie eine bessere Entlohnung der Pflege sollen die Arbeitsverhältnisse attraktiver machen und beruflich Pflegende im Arbeitsalltag entlasten.

Durch den Blickwinkel auf Pflegeeinrichtungen als Organisationen ist das PflMeO-Konzept gut anschlussfähig an Bestrebungen der KAP, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden zu verbessern. Zum einen ist zu erwarten, dass sich das Wohlbefinden der Bewohner*innen durch eine gezielte Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit verbessert und sich über diese Zunahme an Lebensqualität auch positive Effekte für die Mitarbeitenden ergeben. Weiterhin ist eine bessere Selbstpflegefähigkeit zu erwarten, welche ebenfalls positive Effekte für die Mitarbeitenden haben kann. Zum anderen wirft das PflMeO-Konzept einen ganzheit-

lichen Blick auf die Lebenswelt „Pflegeeinrichtung“ und bezieht alle dort lebenden und arbeitenden Menschen ein. Daher werden bei der Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen zur Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit der Bewohner*innen auch die Auswirkungen auf den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen reflektiert und positiv gestaltet. Ein besonderer Fokus liegt auf der besseren Erfüllbarkeit des Anspruchs an eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung, welche einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von beruflich Pflegenden hat.

Die Frage nach dem, was Pflege – im Kontext der sozialen Pflegeversicherung – leisten soll, hat der Gesetzgeber mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 neu beantwortet und somit eine grundlegende Veränderung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen vorgenommen. Zum einen wurde der Unterstützungsbedarf aufgrund von psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen als möglichen Ursachen von Pflegebedürftigkeit anerkannt; zum anderen basiert der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf einem Ressourcen-fördernden Ansatz im Gegensatz zum vorherigen Defizit-Modell. Dadurch wurde der dem SGB XI bis 2016 zugrundeliegende enge Blickwinkel auf die Unterstützung bei bestimmten Verrichtungen, die eine Person nicht mehr allein durchführen kann („Verrichtungsbezug“), erweitert. Seit 2017 sieht das SGB XI vor, dass im Rahmen der Pflege die gesamte Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen Berücksichtigung findet und ein breiteres Spektrum pflegerischer Hilfen angeboten wird. Neben die weiterhin wichtige Unterstützung bei Verrichtungen treten daher pflegerische Hilfen zum Erhalt und zur Förderung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten sowie zur Bewältigung von krankheitsbedingten Einschränkungen (vgl. Kapitel 2.2 sowie Nolting, Beikirch, Braeseke & Rieckhoff, 2019; Wingenfeld & Büscher, 2017).

Der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vollzogene leistungsrechtliche Paradigmenwechsel hat zahlreiche Auswirkungen auf die pflegerische Praxis. Zum einen sind regulatorische Änderungen zu vereinbaren und umzusetzen, wie z.B. die Aktualisierung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, die Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Durchführung der neuen Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Weiterentwicklung der Expertenstandards. Zum anderen müssen Pflegeeinrichtungen ihre

⁶ An der KAP beteiligt sind neben der Bundesregierung auch die Länder, Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbände, Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbände, die Berufsgenossenschaft, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Sozialpartner.

pflegerische Konzeption und ihr Angebot pflegerischer Hilfen weiterwickeln und ihre Strukturen und Prozesse entsprechend den aktualisierten Konzepten und Angeboten anpassen. Letzteres wird von vielen als Rückbesinnung auf das eigentliche Selbstverständnis von Pflege empfunden, welches sich unter den neuen leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen (wieder) entfalten kann (vgl. z.B. Nolting, Beikirch, Braeseke, Haaß et al., 2019; Nolting, Beikirch, Braeseke & Rieckhoff, 2019; Beikirch & Nolting, 2020).

Das PflMeO-Konzept passt gut zu der erwähnten Neugestaltung der pflegerischen Konzeption und der Angebote pflegerischer Hilfen, da die Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung von Selbständigkeit und Fähigkeiten sowie zur Bewältigung von krankheitsbedingten Einschränkungen leistet. Das PflMeO-Konzept zeigt auf, wie Pflegeeinrichtungen die Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit systematisch und regelhaft in ihr Repertoire integrieren können.

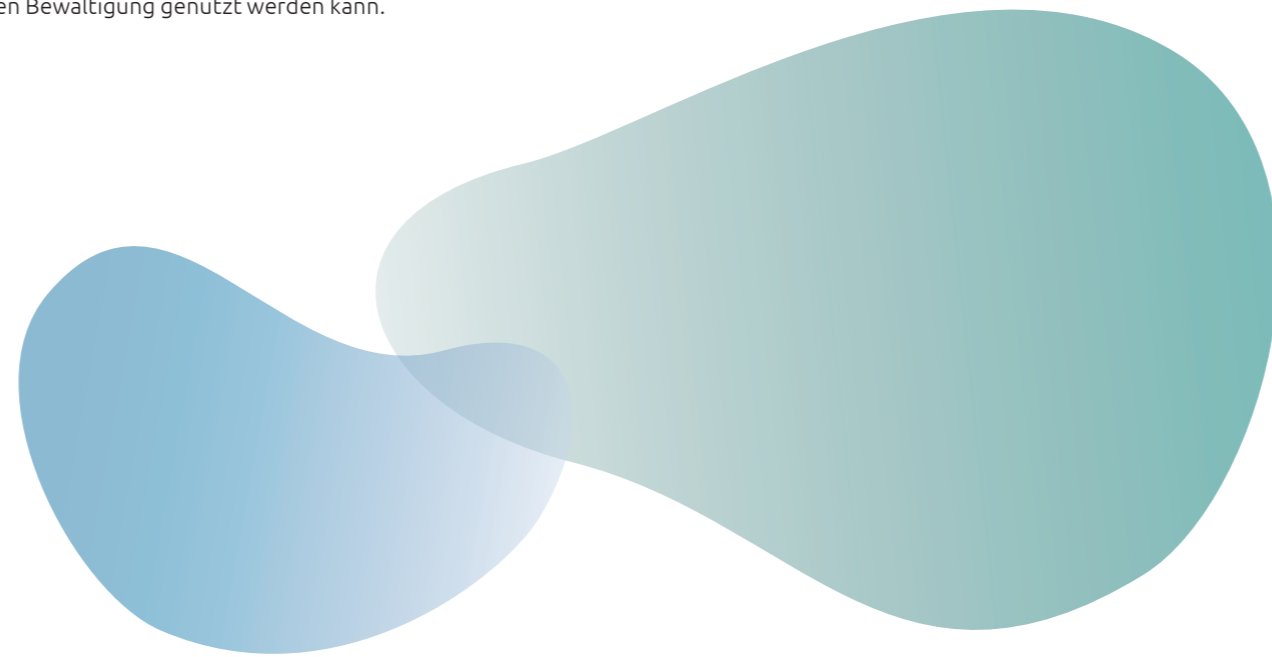
In Folge der Pflegereform von 2017 wurden auch die Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege neu gefasst (§§ 113, 113b, 114 ff SGB XI). PflMeO weist auch zu diesen Entwicklungen Anknüpfungspunkte auf.

Mit dem indikatorengestützten Verfahren wurde ein neues Konzept zur Messung der Ergebnisqualität eingeführt. Die Indikatoren des Qualitätsbereichs 1 („Erhalt und Förderung von Selbständigkeit“) greifen die beschriebene Neuausrichtung der Pflege unmittelbar auf. Ein positives Ergebnis resultiert bei diesen Indikatoren, wenn sich bei einer Person der jeweilige Sachverhalt (z. B. Mobilität oder Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) gegenüber der vorangehenden Messung nicht verschlechtert oder gebessert hat. Das Indikatorenverfahren setzt also eindeutige Anreize für die Pflegeeinrichtungen, zu versuchen, durch geeignete Maßnahmen die Selbständigkeit der Bewohner*innen zu fördern und zu erhalten. Maßnahmen aus dem Kontext der Gesundheitsförderung können dazu beitragen.

Im Rahmen der externen Qualitätsprüfungen wird eine Stichprobe von Bewohner*innen gezogen, deren Versorgung in Bezug auf 16 Qualitätsaspekte von den Prüfern untersucht und bewertet wird. Dabei kann ein Defizit nicht nur festgestellt werden, wenn gesundheitliche Schäden vorliegen oder ein Risiko dafür besteht, weil die Versorgung aus pflegefachlicher Sicht nicht bedarfsgerecht erfolgt. Auch eine „nicht bedürfnisgerechte Versorgung“ kann als Defizit gewertet werden. Eine solche liegt vor, wenn die individuellen Wünsche der Person durch die Pflegeeinrichtung regelmäßig nicht beachtet werden, obwohl die Einrichtung grundsätzlich dazu in der Lage wäre und keine fachlichen Gründe entgegenstehen. Ferner werden in den externen Qualitätsprüfungen auch zielgerichtete Maßnahmen zum Erhalt der Selbständigkeit bei den personenbezogenen Prüfungen einbezogen bzw. bewertet (Medizinischer Dienst Bund & GKV-Spitzenverband, 2022).

Die Ermittlung bzw. Einschätzung der Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner*innen sowie deren Berücksichtigung in der Maßnahmenplanung spielen somit eine wichtige Rolle für die Pflegeeinrichtungen. PflMeO legt einen Schwerpunkt auf die Ermittlung der Bedürfnisse der Bewohner*innen („Erkunden“) sowie auf die gemeinsame Überlegung, inwieweit diesen Bedürfnissen (noch) stärker entsprochen werden kann („Ermöglichen“).

Zusammenfassend ist zu unterstreichen, dass das PflMeO-Programm zahlreiche Anknüpfungspunkte zu aktuellen pflegepolitischen Entwicklungen und Herausforderungen aufweist und von Pflegeeinrichtungen als Unterstützung bei deren Bewältigung genutzt werden kann.



3. Das PflMeO-Konzept: Stärkung der Person-Zentrierung in Pflegebeziehungen

3.1 Entstehung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. beteiligt sich im Auftrag seiner Mitglieder, den privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, an der Entwicklung von Leistungen gemäß § 5 SGB XI. Perspektivisch baut der PKV-Verband damit ein eigenes Portfolio von Programmen und Leistungsangeboten mit Bezug zu den Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention bzw. Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband, 2023) auf. Nach Abschluss der Entwicklungsphase werden diese Programme dann von geeigneten und durch den PKV-Verband lizenzierten Anbietern mit den Zielgruppen (z. B. stationären Pflegeeinrichtungen) durchgeführt.

Für die Handlungsfelder⁷ „Stärkung kognitiver Ressourcen“ und „Psychosoziale Gesundheit“ wurde das Programm „**Pflegeeinrichtungen – Mental ermunternde Organisationen**“ (PflMeO, www.pflemeo.de) initiiert, mit dessen Entwicklung und Erprobung der PKV-Verband das IGES Institut, ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsunternehmen in Berlin, beauftragt hat.

Den Ausgangspunkt der Entwicklungsarbeiten bildete die Erarbeitung einer Expertise zu wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungsansätzen mit Bezug zu diesen beiden Handlungsfeldern (vgl. Rellecke, Rieckhoff, Haaß & Nolting, 2021). Darauf aufbauend entwickelte IGES von November 2020 bis November 2021 zunächst ein Konzept, wie psychosoziale Gesundheit und kognitive Ressourcen von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen gefördert werden können. An der Konzeptentwicklung wirkten Erika Elke Rösen und Sybille Busch mit, die in der anschließenden Erprobungsphase auch als PflMeO-Beraterinnen tätig waren. Zwischenstände des Konzepts wurden ferner in Interviews und Fokusgruppen mit Expert*innen diskutiert. Das Konzept wurde in Form eines White Papers schriftlich fixiert und dem PKV-Verband zur Erprobung vorgeschlagen.

Von April 2022 bis September 2024 erprobte IGES im Auftrag des PKV-Verbands das PflMeO-Konzept gemeinsam mit sechs Beratungspersonen in 15 Pflegeeinrichtungen in Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. An der Erprobung war die Hans-Weinberger-Akademie der AWO (HWA) beteiligt, die insbesondere ihre Expertise in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege in das Projekt einbrachte. Die Erprobung wurde durch eine externe Prozessevaluation begleitet, für die das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) zuständig war. Ziel der Erprobung war es, praktische Erfahrungen mit der Umsetzung des PflMeO-Konzepts zu sammeln und es zur Programmreife, d. h. für ein routinemäßiges Angebot des PKV-Verbands an stationäre Pflegeeinrichtungen, weiterzuentwickeln.

Das vorliegende Handbuch stellt den mit Ende der Erprobung (Sommer 2024) erreichten Stand der Entwicklung dar. Aus Sicht des IGES Instituts kann das PflMeO-Programm auf Grundlage dieses Handbuchs routinemäßig in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden.

⁷ Für das Handlungsfeld „körperliche Aktivität“ initiierte der PKV-Verband das Projekt „**Pflegeeinrichtungen – Bewegungsfreundliche Organisationen**“ (PflBeO, <https://pflebeo.de/>).

Impressum

Herausgeber

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
www.pkv.de



August 2025, 1. Auflage

Konzeption

IGES Institut GmbH

Projektleitung

Hans-Dieter Nolting

Wissenschaftliche Mitarbeit

Elisabeth Beikirch
Claudia Pflug
Julia Krieger
Dr. Friederike Haaß
Lennart Topalov

Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V.

Projektleitung

Vanadis Götz

Wissenschaftliche Mitarbeit

Dr. Claus Heislbetz
Sandra Sawitzki
Ramona Zacherl

Gestaltung

Alf Germanus Grafische Erzeugnisse

Bildnachweis

Titel: Niedring/Drentwet/Getty Images; S. 8: Halfpoint Images/Getty Images; S. 30: Maskot/Getty Images; S. 43: Paperkites/Getty Images; S. 56: Maskot/Getty Images; Illustrationen: S. 14-16, 18/19, 42, 44/45, 58/59: kbeis/Getty Images

„PfleMeO“ ist ein Programm des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., das von 2022 bis 2024 in Zusammenarbeit mit der IGES Institut GmbH (IGES, Berlin) und der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. (HWA, München/Fürth) entwickelt und erprobt und durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso, Saarbrücken) evaluiert wurde.

<https://pflemeo.de>

Handbuch



Herausgeber

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
www.pkv.de