

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Doris Schaeffer¹

Annett Horn²

¹ Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld, Germany

² Fachbereich Gesundheit Public Health Nursing, FH Münster, Münster, Germany

Abstract

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege wird auch in Deutschland zunehmend erkannt, wozu mit dem Präventionsgesetz ein wichtiger Schritt geleistet wurde. Auch mit der Erprobung von Maßnahmen wurde vielerorts begonnen, dennoch fehlt es an einer systematischen evidenzbasierten Interventionsentwicklung und -erprobung und somit auch an evaluierten evidenzbasierten Konzepten. Diese Aufgabe anzugehen, gehört zu den dringlichen Herausforderungen der Zukunft.

Keywords: Prävention, Gesundheitsförderung, Pflegerische Versorgung

Einleitung

Prävention und Gesundheitsförderung haben auch in der Pflege einen hohen Stellenwert. Das stößt hierzulande besonders seit Einführung des Präventionsgesetzes [1] mehr und mehr auf Konsens. Dies zeigt sich u. a. im sogenannten Pflegeberufegesetz, in dem die frühere Berufsbezeichnung „Krankenschwester/Krankenpfleger“ durch „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ ersetzt wurde [2], außerdem darin, dass die Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen durch Pflegenden festgeschrieben wurde [2], Abschnitt 2, §4.

Dennoch scheint der erhöhte Stellenwert über längere Zeit hinweg weiterhin eine eher befremdliche Vorstellung gewesen zu sein. Denn dem sequenziellen Versorgungsverständnis zufolge, das auch heute noch prägend für weite Teile der Versorgungsdiskussion ist (z. B. [3], [4], [5]), steht Pflege am Ende der Versorgungskette und kommt erst dann zum Einsatz, wenn alle präventiven, kurativen und rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und mehr oder minder ver- und bewahrende Aufgaben wahrzunehmen sind.

Neues Aufgabenverständnis der Pflege

Mit dem [Präventionsgesetz](#) [6], [1] hat das Umdenken eingesetzt, denn seither muss die (teil- und voll-)stationäre pflegerische Langzeitversorgung in Präventionsmaßnahmen einbezogen werden. Damit erfolgt partiell der Anschluss an ein Aufgabenverständnis, das international seit langem bestimmend für die Pflege ist und Prävention und Gesundheitsförderung eine zentrale Funktion einräumt. Dem liegt eine Abkehr von einem einseitig krankheits- hin zu einem gesundheitsorientierten Pflegeverständnis zugrunde. Damit in Einklang besteht die Aufgabe in der Wiederherstellung und dem Erhalt des gesundheitlichen Gleichgewichts bzw. des dabei erreichbaren Optimums sowie der Förderung der verbliebenen Gesundheit.

Innovativ ist daran nicht nur der Gesundheitsbezug, sondern auch, dass die dichotome Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit aufgegeben wurde und nach der Balance zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorhandenen Ressourcen gefragt wird. Dabei wird Gesundheit als geglückte und Krankheit als missglückte Balance zwischen Beeinträchtigungen und Ressourcen verstanden, wobei sich die Balance fortwährend verändern kann. Dieser Sichtweise wohnt – auch das ist innovativ – eine Absage an eine defizitzentrierte Betrachtungsweise inne, der gegenüber der Stärkung von Ressourcen der Vorzug gegeben wird (z. B. [7]).

Dieses Aufgabenverständnis von Pflege im Versorgungsalltag zu verankern, ist eine auch in Deutschland verstärkt angegangene Herausforderung (Bartholomeyczik 2006), [8]. Sie hat zur Folge, sich von dem sequenziellen Versorgungsverständnis zu verabschieden und präventiven, gesundheitsförderlichen und edukativen Aufgaben sowohl in den Konzepten der Pflege wie in der Praxis größere Bedeutung einzuräumen. Außerdem setzt sie voraus, die dafür nötigen Spielräume und Strukturen zu schaffen – ein Schritt, der mit dem Pflegestärkungsgesetz II und dem Präventionsgesetz angegangen wurde.

Mit dem zuerst genannten Gesetz erfolgte eine Erweiterung des bis dahin gesetzlich festgeschriebenen engen, verrichtungsorientierten Pflegeverständnis in Deutschland. Mit dem danach genannten Gesetz wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass Prävention und Gesundheitsförderung trotz dem Eintritt von Gesundheitseinbußen und Pflegebedürftigkeit erfolgversprechend und gewinnbringend sein können.

Einfluss des demografischen und epidemiologischen Wandels

Mit der veränderten Gesetzeslage wird dem rasch voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandel entsprochen, der das gesamte Gesundheitswesen – auch die Pflege – vor besondere Herausforderungen stellt. So ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit etwa 5,0 Millionen bis zum Jahr 2055 auf 6,8 Millionen Personen ansteigen wird [9].

Um diese Entwicklung auffangen zu können, wird der Prävention von Pflegebedürftigkeit künftig – schon allein aus Kostengründen – weitaus mehr Aufmerksamkeit zukommen müssen als bislang; ebenso der Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten, die in den späteren Krankheitsphasen häufig mit Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit einhergehen. Damit sind zwei wichtige Aufgabenfelder benannt. Bevor sie näher dargestellt werden, folgen zunächst einige begriffliche und definitorische Klärungen.

Prävention [10] ([Prävention und Krankheitsprävention](#)) zielt auch in der Pflege auf die Verhinderung von Krankheiten, besonders aber von Pflegebedürftigkeit, indem entsprechende Risiken ausgeschaltet werden sollen. Außerdem intendiert Pflege, die Zunahme von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und Verschlimmerungen vorzubeugen oder zumindest zu verzögern.

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege sind jedoch nicht gleichzusetzen mit aktivierender Pflege wie sie im Präventionsleitfaden des GKV-S [11] festgehalten wird. Damit soll u. a. eine klare Trennung zwischen pflegerischen Maßnahmen, die im Rahmen des SGB XI zu leisten sind, und präventiven/gesundheitsförderlichen Maßnahmen vollzogen werden.

Demgegenüber fragt **Gesundheitsförderung** [12] ([Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#)) weniger nach speziellen Risiken, die Krankheiten bzw. Pflegebedürftigkeit verursachen, sondern nach den vorhandenen Ressourcen, Schutzfaktoren und Bedingungen [13] ([Resilienz und Schutzfaktoren](#)), die zur Stärkung der Gesundheit beitragen und Menschen befähigen, ihre Gesundheit zu erhalten, gesundheitliche Belastungen abzuwehren und mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen [14], (Kaba-Schönstein 2017).

Gesundheitsförderung bezieht sich auch in der Pflege auf die Ottawa Charta [15] ([Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#)) und zielt grundsätzlich darauf, „Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ [16]. Allerdings richtet sie sich in der Pflege – und das ist die Besonderheit – vor allem an Menschen mit eingeschränkter Gesundheit, deren Situation in mehrfacher Hinsicht durch Vulnerabilität gekennzeichnet ist. Meist leiden sie unter irreversiblen Gesundheitseinbußen: einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, dauerhaften (oft kognitiven) Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit. Vielfach können sie ihre Lebenssituation nicht mehr autonom bewältigen und sind abhängig von Fremdhilfe. Auch das macht sie schutzbedürftig. Zusätzlich leiden sie oft unter sozialer Vulnerabilität, etwa einem ausgedünnten sozialen Netz oder sozialer Isolation, wodurch ihre Teilhabemöglichkeiten begrenzt wird [17] ([Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit](#)). Auch ökonomische Ressourcenschwäche ist in diesem Kontext keine Seltenheit.

Dieser besonderen Vulnerabilität der Menschen muss Gesundheitsförderung in der Pflege Rechnung tragen. Intention ist daher, weiteren Ressourcenverlust aufzuhalten, die verbliebenen Gesundheitspotenziale zu mobilisieren und die trotz beeinträchtigter Gesundheit vorhandenen Ressourcen und Widerstandsfähigkeit zu stärken. Verhältnisorientierte Interventionsstrategien und Organisationsentwicklungskonzepte [18] ([Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung](#)) haben hier hohe Bedeutung (vgl. [19] und [11]).

Präventive Aufgaben der Pflege

Zu den vordringlichen und bislang zu wenig wahrgenommenen Aufgaben der Pflege gehört die Prävention von Pflegebedürftigkeit, sei es durch gezielte edukative Maßnahmen [20] ([Patientenberatung/Patientenedukation](#)) oder durch systematisches Monitoring, wie dies beispielsweise

beim Konzept des präventiven Hausbesuchs der Fall ist [21] ist. Zu den künftig wichtigen Aufgaben wird es gehören, weitere evidenzbasierte Konzepte wie Community Health Nursing (Public Health Nursing) [22], [23], [24] zu entwickeln und zu erproben.

Häufig stellt sich die Situation allerdings so dar, dass die Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist, bevor sie verhindert werden konnte. Dann besteht die Aufgabe von Prävention in der Pflege darin, die Ausweitung von Gesundheits- und Funktionseinschränkungen abzuwehren, Verschlimmerungen zu verhindern und zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation beizutragen – sei es durch engmaschige systematische Beobachtung des Gesundheits- und Funktionsstatus (Seh-, Hörfähigkeit, Zahn-Mundgesundheit, Ernährungsverhalten, Bewegungsfähigkeit etc.), durch Maßnahmen wie die Schaffung sicherer Umwelt- und Umgebungsbedingungen (Beseitigung von Sturz- und Unfallgefahren), die Verhinderung vermeidbarer gesundheitlicher Abwärtsentwicklungen, Maßnahmen zur Patienteninformation und -edukation sowie die Begrenzung sozialer Vulnerabilität etc. (Übersicht: [25], [26], [4]).

Gesundheitsförderung in der Pflege

Es zeichnet sich ab, dass die für andere Zielgruppen favorisierte Trias von Bewegung, Ernährung und Resilienz-/Bewältigungsförderung auch für die Nutzerinnen und Nutzer der Pflege relevant ist. So weisen zahlreiche Studien auf die hohe Bedeutung von Bewegungsförderung hin und zeigen, dass schon regelmäßiges zügiges Gehen gesundheitsförderliche Effekte hat. Wie Studien zeigen, kann sich dadurch die Lebenserwartung verlängern, das Mortalitätsrisiko senken, die Gesamtmorbidität verringern und das mentale Gesundheitsbefinden verbessern [27], [28].

Vorliegende Untersuchungen konzentrieren sich allerdings meist auf jüngere alte Menschen – obwohl sich andeutet, dass die meist hochbetagten Nutzerinnen und Nutzer der Pflege ähnlich profitieren können [25]. Inzwischen gibt es auch in Deutschland (allerdings oft nicht evaluierte) Programme zur Bewegungsförderung (Übersicht: [29]). Seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes ist zu beobachten, dass die Anzahl der Angebote stetig steigt. Gleichwohl bleibt es eine Herausforderung, weitere evidenzbasierte Interventionskonzepte zu entwickeln, sie zu testen bzw. zu evaluieren und in der Pflege zu verstetigen [30], (Horn et al. 2019), [31].

Gesundheitsförderliche Effekte sind auch von der Verbesserung des Ernährungsverhaltens und von Maßnahmen zur Förderung verbliebener Ressourcen, der Stärkung der Resilienz [13] ([Resilienz und Schutzfaktoren](#)) und der Gesundheitskompetenz [32] ([Gesundheitskompetenz / Health Literacy](#)), [33], [34] zu erwarten. Wie wichtig solche Maßnahmen sind, wird sichtbar, wenn man sich vergegenwärtigt, dass Gesundheitsförderung in der Pflege sich meist an Menschen in fragilen gesundheitlichen Lebenssituationen richtet, in denen die Balance zwischen Gesundheitseinbußen und -potenzialen in eine Schieflage geraten ist und sich zu verfestigen bzw. zu verstärken droht. Diese Entwicklung durch Förderung verbliebener Ressourcen aufzuhalten und die psychische Widerstandsfähigkeit und Gesundheitskompetenz zu stärken, stellt eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung dar.

Damit in Einklang werden im „Leitfaden zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ [11] zielgruppen- und lebensweltspezifische Maßnahmen zur körperlichen Aktivität, zur Förderung gesunder Ernährung, psycho-sozialer Ressourcen und gesundheitlicher Kompetenzen sowie zur Prävention von Gewalt (in der Pflege) empfohlen.

Allerdings mangelt es in einigen Bereichen (vor allem Ernährung und Prävention von Gewalt) bislang noch an evidenzbasierten Interventionskonzepten für die einzelnen Bereiche und Zielgruppen [31], [11].

Ausblick

Zukünftig wird wichtig sein, neben verhaltensorientierten auch zu verhältnisorientierten Konzepten und Strategien – bzw. einem Mix aus beidem – zu gelangen. Der Beachtung bedarf auch, dass es bei der Umsetzung nach wie vor strukturelle Hürden (insbesondere ein gravierender Personal- und Fachkräftemangel) gibt. Sie auszuräumen, stellt eine weitere wichtige Aufgabe dar. Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI“ [11] legt Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen fest und gibt Hinweise, wie präventive und gesundheitsförderliche Angebote in Pflegeeinrichtungen entwickelt und umgesetzt werden können. Ergänzend geben die Bundesrahmenempfehlungen Hilfestellung [19].

Dazu gehört auch, die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Pflegenden [35] ([Betriebliche Gesundheitsförderung](#)) wie auch der pflegenden Angehörigen stärker zu beachten und sie in

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen. Zwar ist auch diese Aufgabe im Präventionsgesetz verankert, doch fehlt es an einer systematischen evidenzbasierten Entwicklung und Erprobung von geeigneten Interventionskonzepten.

Weiterführende Literatur:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Was ist das LMB? [accessed 2023 May 8]. Available from: <https://www.aelter-werden-in-balance.de/lmb/was-ist-das-lmb>

References

1. Bundesgesetzblatt, editor. PräVG – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015. BGBl. I S. 1368 Nr. 31 vom 24.07.2015. 2023 May. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D_1684226996086
2. Bundesgesetzblatt, editor. PflBRefG – Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz) vom 17. Juni 2017. Bundesgesetzblatt, Jg. 2017, Teil 1, Nr. 49 vom 24. Juli 2017. 2023 May. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D_1684226919749
3. Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, editors. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer; 2012.
4. Hasseler M. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – Ein konzeptioneller Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2011. (Gesundheitsforschung).
5. Klie T. Kooperation und Integration: Die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW, editors. Kooperation und Integration – Das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer; 2017. p. 263–83. (Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft).
6. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0)
7. Whitehead D, Wang Y, Wang J, Zhang J, Sun Z, Xie C. Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. Journal of Advanced Nursing. 2008 Jan;61(2):181–7. DOI:[10.1111/j.1365-2648.2007.04479.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04479.x)
8. Schweda M, Coors M, Mitzkat A, Pfaller L, Rüggeger H, Schmidhuber M, Sperling U, Bozzaro C. Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven. Ethik Med. 2018;30(1):5–20.
9. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023. Zugriff am 08. 2023. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html
10. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0)
11. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin; 2022. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Praevention_Pflege_Akt2022_barrierefrei.pdf
12. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0)
13. Rönau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0)
14. Hurrelmann K, Horn A. Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K, editors. Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Beltz

- Juventa; 2011. p. 727–44.
15. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0)
 16. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986 [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
 17. Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien-und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0)
 18. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I083-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I083-3.0)
 19. Nationale Präventionskonferenz (NPK). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Stand: 29.08.2018. 2018. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf
 20. Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0)
 21. Blotenberg B, Hejna U, Büscher A, Seeling S. Präventive Hausbesuche – Ein Konzept für die Zukunft? Ein Scoping-Review über das innovative Versorgungsmodell präventiver Hausbesuche. Prävent Gesundheitsf. 2020;15:226–35.
 22. Burgi M, Igl G. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Vol. ;61. Baden-Baden: Nomos; 2021. (Schriften zum Sozialrecht; 61).
 23. Robert Bosch Stiftung GmbH, editor. Community Health Nursing - Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. 2021. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/026_21-05-05_Wegweiser_Community_Health_Nursing_RZ_WEB.pdf
 24. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary care in the 21st century. Towards universal health coverage and the sustainable development goals. Genf; 2018. (Technical series on primary health care).
 25. Kuhlmeier A, Schaeffer D, editors. Alter, Gesundheit und Krankheit. 1 edn. Bern: Huber; 2008. (Handbuch Gesundheitswissenschaften).
 26. Schaeffer D, Büscher A. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Z Gerontol Geriatr. 2009;42(6):441–51.
 27. Miko HC, Zillmann N, Ring-Dimitriou S, Dorner TE, Titze S, Bauer R. Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit. Gesundheitswesen. 2020;82:184–95. DOI:[10.1055/a-1217-0549](https://doi.org/10.1055/a-1217-0549)
 28. De Vries NM, Van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MGM, Staal JB, Nijhuis-van Der Sanden MWG. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis. Ageing Res Rev. 2012 Jan;11(1):136–49. DOI:[10.1016/j.arr.2011.11.002](https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.11.002)
 29. Kleina T, Bender B, Mashkooi M, Hunting N, Horn A. Aktualisierung der ZQP-Datenbank „Bewegungsfördernde Interventionen“. Projektbericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP); 2019.
 30. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg). Statusbericht 16: Dokumentation der Statuskonferenz 2017 „Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege“. Bonn; 2018.
 31. Vollmer J, Horn A, Huschik G. Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI – Zentrale Evaluationsergebnisse. Medizinischer Dienst Bund (MD Bund), GKV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2022: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen Berichtsjahr 2021. 2022;114–9. Available from: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/pr

[aeventon_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf](#)

32. Jordan S. Gesundheitskompetenz / Health Literacy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0](#)
33. Rohde T, Kolpatzik K, De Winter AF. Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Ansatzpunkte auf Basis des EU-Projektes IROHLA. Bundesgesundheitsblatt. 2015;58(9):958–65.
34. Schaeffer D, Pelikan JM, editors. Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. 1 edn. Bern: Hogrefe; 2017.
35. Hartung S, Faller G. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I042-3.0](#)

Korrespondenz: Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Deutschland, E-mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Schaeffer D, Horn A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i049-1.0](#)

Copyright: © 2026 Doris Schaeffer et al.

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>