

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

ISSN 1435-408X

P13-148

**Bewegungsfördernde Interventionen als Option
für Prävention und Gesundheitsförderung in der
stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer
Literaturrecherche**

Annett Horn, Thomas Kleina, Dominique Vogt,
Meike Koch, Doris Schaeffer

Bielefeld, September 2013

Das Projekt "Gesundheitsförderung und Prävention durch bewegungsfördernde Interventionen in der stationären Langzeitversorgung" wurde unterstützt durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

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

In den vergangenen Jahren wurde die stationäre Langzeitversorgung mehr und mehr in der Präventionsdebatte als Setting „entdeckt“. Dabei spielt das Thema Bewegungsförderung eine prominente Rolle. So wurde mittlerweile durch zahlreiche internationale, aber auch einige in Deutschland durchgeführte Untersuchungen belegt, dass auch bei Menschen mit substanzialen und langanhaltenden kognitiven und physischen Fähigkeitsverlusten durch regelmäßiges Training noch vorhandene Ressourcen gefördert werden können und einer Verschlimmerung ihrer gesundheitlichen Situation vorgebeugt werden kann.

Auch hierzulande sind stationäre Pflegeeinrichtungen inzwischen für das Thema Bewegungsförderung sensibilisiert und das Angebot an Maßnahmen hat an Breite gewonnen. Insgesamt kommen in der Praxis mittlerweile zahlreiche Konzepte und Interventionen zum Einsatz, die für sich in Anspruch nehmen, zur Förderung der Mobilität und Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen beizutragen. Doch nur ein vergleichsweise kleiner Teil davon wurde wissenschaftlich evaluiert und auch nur ein Teil der Nutzer|innen wird mit ihnen erreicht. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass es für Pflegeeinrichtungen angesichts der Vielzahl und Heterogenität vorliegender Konzepte schwierig ist, einen Überblick zu gewinnen und geeignete Interventionen zu identifizieren. Denn für viele Angebote liegen keine definierten Anforderungsprofile vor, anhand derer eine klare Ab- und Eingrenzung der Zielgruppe möglich ist. Hinzu kommt, dass sich auch die zur Umsetzung einer Intervention benötigten personellen und materiellen Voraussetzungen erst bei eingehender Beschäftigung mit einem Konzept erkennen lassen. Diese Informationen spielen für Pflegeeinrichtungen jedoch bei der Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle. Fehlen sie oder sind sie nur mit großem Aufwand zu erschließen, ergeben sich bei der Implementation bereits im Planungsstadium gravierende Probleme.

Diese insgesamt schwierige Informationslage dürfte mit dafür verantwortlich sein, dass bewegungsfördernde Ansätze in der stationären Langzeitversorgung hierzulande noch wenig systematisch implementiert und umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund war es Ziel des Projekts *„Gesundheitsförderung und Prävention durch bewegungsfördernde Interventionen in der stationären Langzeitversorgung“*, zur Verbesserung des Kenntnisstands über bewegungsfördernde Interventionen in der Praxis beizutragen.

Dazu erfolgte zunächst eine Aufarbeitung des Forschungsstands, die dazu diente, einen Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion zur Evidenz, Effektivität und Praktikabilität bewegungsfördernder Interventionen zu gewinnen. Daran anschließend wurden literaturgestützt und mittels einer Internetrecherche Interventionskonzepte und -programme identifiziert, die aufgrund ihrer Inhalte, Zielsetzungen und Organisationsformen potenziell für die Umsetzung in Einrichtungen der deutschen stationären Langzeitversorgung geeignet schienen. Diese wurden systematisch aufgearbeitet und in strukturierter, vergleichbarer Form dargestellt. Anhand der so aufbereiteten Informationen können stationäre Pflegeeinrichtungen sich einen Überblick über die Zielgruppen einzelner Maßnahmen, die inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

sowie die mit ihrer Implementierung einhergehenden organisatorischen und qualifikatorischen Anforderungen verschaffen. Parallel dazu wurde ein Kurzassessmentinstrument entwickelt, mit dessen Hilfe Einschätzungen zu den Beteiligungsmöglichkeiten einzelner Nutzer|innen an bewegungsfördernden Maßnahmen getroffen werden können.

Wie die Rechercheergebnisse zeigen, befassen sich zahlreiche wissenschaftliche Studien, aber auch Praxis- und Modellprojekte mit den Potenzialen und Möglichkeiten bewegungsfördernder Konzepte und Strategien bei alten und hochaltrigen Menschen. Erfreulicherweise konnten auch Ansätze identifiziert werden, die explizit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entwickelt und auch bei ihnen erprobt wurden. Dem gegenüber ist zu konstatieren, dass für körperlich hochgradig eingeschränkte Nutzer|innen, z.B. bettlägerige Personen, keine erprobten und evaluierten Ansätze identifiziert werden konnten.

Obwohl insgesamt 222 der recherchierten Interventionen als potenziell relevant anzusehen waren, wurden nach Ablauf der Analyse und Aufbereitung schlussendlich „nur“ 19 von ihnen zur Aufnahme in eine Datenbank oder Broschüre empfohlen. Dass sich die Zahl der als geeignet erachteten Ansätze im Verlauf der Recherche und Analyse drastisch reduzierte, hat unterschiedliche Gründe:

- Zahlreiche der recherchierten Interventionen setzen körperliche Fähigkeiten voraus, über die die Nutzer|innen stationärer Pflegeeinrichtungen (hierzulande) nicht bzw. nur in seltenen Ausnahmefällen verfügen.
- Viele Publikationen befassen sich vor allem mit methodischen Fragen und der Wirksamkeit einer Maßnahme, enthalten aber keine präzisen und differenzierten Angaben zu den Inhalten und der Durchführung einer Intervention, die jedoch zur Umsetzung benötigt werden.
- Für die Wirksamkeit vieler in der Praxis entwickelter Interventionen gibt es keine oder nur unzureichende Nachweise. In zahlreichen Fällen werden die einem Konzept zugrunde liegenden theoretischen Ansätze nicht benannt.

Für die Zielgruppe der Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgung inkompatible Anforderungsprofile und Informationslücken - teils zur Wirksamkeit, teils zur Durchführung einer Maßnahme - stellten die häufigsten Gründe dafür dar, dass Interventionen nicht zur Aufnahme in eine entsprechende Datenbank empfohlen wurden.

In der Summe wurde deutlich, dass es trotz der positiven Entwicklungen der vergangenen Jahre nach wie vor der Neu- und Weiterentwicklung evidenzbasierter bewegungsfördernder Interventionskonzepte bedarf. Angesichts der Tatsache, dass zahlreiche Ansätze bereits Gegenstand wissenschaftlicher Evaluationsstudien waren und sich als prinzipiell wirksam erwiesen haben, kann dabei zum Teil auf einen Fundus vielversprechender Interventionen zurückgegriffen werden, die der praxisgerechten Aufarbeitung harren. Darüber hinaus ist es erforderlich, sich zukünftig verstärkt der Entwicklung von Interventionen zu widmen, die sich mit den Möglichkeiten der Bewegungsförderung bei Personen befassen, für die derzeit keine erprobten Ansätze zur Verfügung stehen, also für gesundheitlich fragile, schwerst mobilitätsbeeinträchtigte und hochgradig demenzkranke Personen.

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Zur Bedeutung von Bewegungsförderung für die Nutzer innen stationärer Langzeitversorgung	7
3 Aufgabenstellung und Ziel des Projekts	11
4 Vorgehensweise bei der Identifizierung und Aufbereitung der Interventionen.....	12
4.1 Systematische Literaturrecherche.....	13
4.2 Ergänzende Suche und Internetrecherche	15
4.3 Erweiterte Einschätzung der Interventionen	16
4.4 Aufbereitung und strukturierte Darstellung der Interventionen ...	20
5 Entwicklung und Erprobung des Kurzassessmentinstruments	24
5.1 Konzeption und Ausrichtung des Instruments.....	24
5.2 Vorgehensweise.....	27
5.3 Erprobungsergebnisse.....	27
6 Kurzdarstellung der für die Datenbank empfohlenen Interventionen..	32
6.1 Interventionen für kognitiv unbeeinträchtigte Nutzer innen	32
6.2 Intervention für Nutzer innen mit leichten und mittelgradigen kognitiven Beeinträchtigungen	36
6.3 Speziell für demenzerkrankte Nutzer innen konzipierte Interventionen	41
7 Diskussion und Schlussfolgerungen	44
8 Literatur	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Datenbanksuchstrategie mit Angabe der jeweiligen Trefferzahl	14
Tabelle 2:	In die Handrecherche einbezogene Zeitschriften	15
Tabelle 3:	Zeitaufwand zur Durchführung des Kurzassessments (n=394)	28
Tabelle 4:	Fähigkeiten und Unabhängigkeit der Bewohner innen beim Sitzen, Aufstehen und Gehen (n=394)	29
Tabelle 5:	Bewegungs- und Koordinationsfähigkeiten der oberen Extremitäten (n=394)	30
Tabelle 6:	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Bewohner innen (n=394)	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einzelschritte des Analyse- und Rechercheprozesses.....	19
Abbildung 2:	Fragebogenitems des erprobten Kurzassessments.....	26
Abbildung 3:	Bewohneranteile nach Pflegestufen im Vergleich zur Pflegestatistik 2011, n=394	28

1 Einleitung

Über lange Jahre widmete sich die in Deutschland geführte Debatte über Gesundheitsförderung und Prävention vor allem Menschen im jungen und mittleren Lebensalter. Im Zuge der demografischen Entwicklung und angetrieben durch die internationale Diskussion rückte zwar seit den 1990er Jahren sukzessive auch die Gruppe älterer Menschen in den Fokus der Betrachtungen, wobei sich die Aufmerksamkeit jedoch zunächst auf die „jungen Alten“ - also Personen kurz nach dem oder im Renteneintrittsalter konzentrierte. Dass Gesundheitsförderung und Prävention auch bei hochaltrigen, gesundheitlich beeinträchtigten, ja sogar gesundheitlich fragilen Menschen wirksam sind, wurde - anders als in der internationalen Debatte - hierzulande kaum zur Kenntnis genommen (Becker et al. 2003; Horn/Schaeffer 2013). Damit einhergehend blieben auch bestimmte Settings außer Acht und dazu gehörte nicht zuletzt die stationäre Langzeitversorgung, die lange Zeit nicht als Ort für Gesundheitsförderung und Prävention beachtet wurde (Schaeffer/Büscher 2009).

Das hat sich inzwischen verändert. Mittlerweile wird die stationäre Langzeitversorgung als Setting in der Präventionsdebatte mehr und mehr „entdeckt“. Seither mehren sich die Studien und Beiträge, die betonen, dass die in der Gesundheitsförderung favorisierte Trias von Bewegungs-, Ernährungs- und Resilienzförderung auch für Menschen im hohen Lebensalter und auch für die Nutzer|innen der stationären Langzeitversorgung Gültigkeit hat (ebd., Renner/Staudinger 2008)¹. So wurde mittlerweile durch internationale, aber auch einige in Deutschland durchgeführte Untersuchungen belegt, dass auch bei Menschen mit substanziellen und langanhaltenden kognitiven und physischen Fähigkeitsverlusten durch regelmäßiges Training noch vorhandene Ressourcen gefördert und eine Verschlimmerung ihrer gesundheitlichen Situation aufgehalten werden können (ex. Baum et al. 2003; Brach et al. 2009). Auch in den Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung ist vielerorts neuerlich zu beobachten, dass den Themen Gesundheitsförderung und Prävention wachsendes Interesse entgegen gebracht wird. Dennoch ist, wie explorative Untersuchungen zeigen, der Kenntnisstand über die konkreten Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in diesem Setting noch relativ gering (siehe hierzu Horn/Schaeffer 2011; Kuhlmeier 2008). Zudem richtet sich die Mehrzahl der in der Praxis aufgegriffenen Ansätze an die Mitarbeiter|innen stationärer Pflegeeinrichtungen, während Interventionen, die auf eine Förderung der Nutzergesundheit zielen, vergleichsweise selten aufgegriffen werden.

Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Zugriff auf Informationen über vorliegende Konzepte und Interventionen zur Gesundheitsförderung für die Nutzer|innen sich für stationäre Pflegeeinrichtungen oft schwierig gestaltet, weshalb es ihnen nur unter großem Aufwand gelingt, für ihre Bewohner|innen geeignete Ansätze zu identifizieren und in der Praxis aufzugreifen. Dies gilt auch für Interventionen, die sich mit

¹ Nicht zuletzt schlägt sich dies auch in dem jüngst verabschiedeten Gesundheitsziel „gesund älter werden“ nieder, in dem explizit auch Elemente der Prävention und Gesundheitsförderung für hochaltrige und pflegebedürftigen Menschen thematisiert werden (Renner/Staudinger 2008).

dem für die Nutzer|innen der stationären Langzeitversorgung besonders wichtigen Bereich der Bewegungsförderung befassen.

Hier knüpft das in diesem Bericht vorgestellte Projekt an². Es verfolgte das Ziel, eine Bestandsaufnahme und Einschätzung vorliegender Interventionskonzepte zur Bewegungsförderung bei Nutzer|innen der stationären Langzeitversorgung durchzuführen, Informationen zu deren Wirksamkeit und Praktikabilität zusammen zu tragen und diese als Vorlage für eine Interventionsdatenbank und/oder Broschüre so aufzubereiten, dass Pflegeeinrichtungen sie zur Orientierung bei der Auswahl von Interventionen für ihre Bewohner|innen nutzen können. Ein weiteres Ziel des Projekts bestand in der Entwicklung und Erprobung eines Kurzassessmentinstruments, auf das Pflegeeinrichtungen bei Einschätzung der Beteiligungsmöglichkeiten ihrer Nutzer|innen an bewegungsfördernden Maßnahmen zurückgreifen können.

Der Aufbau des Berichts orientiert sich an diesen Zielen: Nachdem zunächst die Bedeutung bewegungsfördernder Interventionen für die Nutzer der stationären Langzeitversorgung dargelegt wird (Kapitel 2), werden die Ziele und Arbeitsschritte des Vorhabens noch einmal umrissen (Kapitel 3). Dem schließt sich eine ausführliche Beschreibung des Vorgehens bei der Recherche, Analyse und Aufbereitung bewegungsfördernder Interventionen an. Es folgen Ausführungen zur Konzipierung und Erprobung des Kurzassessmentinstruments, bevor in Kapitel 6 genauer auf die zur Aufnahme in die Interventionsdatenbank empfohlenen Interventionen eingegangen wird. Abschließend werden die bei der Recherche und Analyse gewonnenen Erkenntnisse und Resultate diskutiert. Ein Kernergebnis des Projekts - die umfassende systematische Darstellung der Interventionen, die in dieser Form zur Einspeisung in eine Datenbank oder als Vorlage für eine Broschüre dienen kann - findet sich aus technischen Gründen in einem separaten Anlagenband zu diesem Bericht (IPW Discussion-Paper P13-149).

² Das Projekt ist eingebettet in eine Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) (Wien), die sich seit 2008 auf breiter Basis dem Thema „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“ widmet.

2 Zur Bedeutung von Bewegungsförderung für die Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgung

Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit und Mobilität gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter (Carpenter et al. 2006). Mit Blick auf die stationäre Langzeitversorgung in Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass nur ein verschwindend geringer Anteil der Nutzer|innen nicht von ihnen betroffen ist. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass Bewegungsbeeinträchtigungen bzw. ein daraus resultierender Unterstützungsbedarf eine wesentliche Voraussetzung dafür sind, im sozialrechtlichen Sinne als pflegebedürftig anerkannt zu werden und dementsprechende Leistungen zu beziehen (vgl. SGB XI §14). Der Anteil der Nutzer|innen, bei denen eine Pflegeeinstufung vorliegt, beläuft sich in der stationären Langzeitversorgung mittlerweile auf rund 99% (Statistisches Bundesamt 2013).

Das hohe Ausmaß gravierender Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigungen bei den Nutzer|inne|n stationärer Langzeitversorgung belegen auch die Resultate verschiedener Untersuchungen. Den Ergebnissen der 2005/2006 durchgeführten MUG IV-Studie (Schneekloth/Wahl 2005) zufolge waren bereits damals 40% der Heimbewohner|innen nicht und 16% nur unter Schwierigkeiten in der Lage, allein in ihrem Zimmer umherzugehen (Schneekloth/von Törne 2009). Das Steigen von Treppen war nur 29% von ihnen möglich (Schneekloth 2009). In der gleichen Untersuchung belief sich der Anteil der Bewohner|innen, die vollständig bettlägerig waren, auf 11%; 8% der erfassten Personen konnten ihr Bett für maximal fünf Stunden täglich verlassen. In eine ähnliche Richtung weisen auch die Resultate einer Untersuchung unter Heimbewohner|inne|n, die im Rahmen der Evaluation eines Konzepts zur Mobilitätsförderung bei Demenzkranken durchgeführt wurde (Schäufele et al. 2011). Bei der vorgeschalteten Basiserhebung wurden Bewohner|innen von 27 Pflegeeinrichtungen, auch die nicht an Demenz erkrankten, auf ihre Gehfähigkeit hin untersucht. Dabei zeigte sich, dass 58,5% von ihnen in der Lage waren, selbständig oder mit personeller Unterstützung zehn Meter zu gehen. In einer kürzlich von uns in Kooperation mit dem ZQP durchgeführten Untersuchung zum Gesundheitszustand von 647 Nutzer|inne|n stationärer Pflegeeinrichtungen belief sich der Anteil von Bewohner|inne|n mit Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Bereich Mobilität³ auf rund 83%. Der Anteil derjenigen mit schwersten bis völligen Selbstständigkeitsverlusten in diesem Bereich lag bei 49,6% (Kleina et al. 2012).

Besonders prekär stellt sich die Situation demenzkranker Pflegebedürftiger dar - eine Nutzergruppe, deren Anteil unter den Heimbewohner|inne|n in den vergangenen Jahren stetig gewachsen ist. So zeigen z.B. die Ergebnisse eines MUG IV Teilprojekts, dass mit Blick auf Gehfähigkeit und Bettlägerigkeit signifikante Unterschiede zwischen demenzkranken und kognitiv nicht beeinträchtigten Personen bestehen. Während 67,7% der nicht Demenzkranken allein oder mit Hilfe in der Lage waren, 50 Meter zu gehen, lag dieser Anteil unter den demenzkranken Nutzer|inne|n

³ Die Einschätzungen zur Selbständigkeit wurden mit Hilfe des Moduls „Mobilität“ des neuen Begutachtungsassessments zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit (NBA) (Wingenfeld 2008) vorgenommen.

nur bei 45,6%. Der Anteil bettlägeriger Personen war mit 14,1% unter den demenzkranken Nutzer|inne|n mehr als fünfmal höher als unter nicht an Demenz Erkrankten (Schäufele et al. 2009). In eine ähnliche Richtung weisen auch die Ergebnisse der bereits zitierten Untersuchung. Während der Anteil der Nutzer|innen mit erheblichen Mobilitätseinbußen bei kognitiv nicht oder gering beeinträchtigten Personen bei 43,4% lag, belief er sich bei kognitiv stärker Beeinträchtigten auf 76,2% (Kleina et al. 2012).

Die Nutzer|innen stationärer Pflegeeinrichtungen weisen aber nicht nur ein hohes Maß an Bewegungsbeeinträchtigungen auf. Sie sind auch stark durch eine weitere Verschlechterung ihres Mobilitätsstatus gefährdet. In einem Projekt, das sich vorrangig mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für stationäre Altenhilfeeinrichtungen befasste, lag in einem Zeitraum von sechs Monaten der Anteil von Nutzer|inne|n mit signifikanten Mobilitätsverlusten bei kognitiv nicht beeinträchtigten Personen bei 33,6%. Unter den kognitiv stärker Beeinträchtigten belief er sich sogar auf rund 60% (Wingenfeld et al. 2011). Auch in der von uns durchgeführten Untersuchung zeigte sich, dass sich bei 20,9% der untersuchten Pflegeheimbewohner|innen die Mobilität nach retrospektiver Einschätzung von Pflegefachkräften über einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten verschlechterte (Kleina et al. 2012). Kognitiv beeinträchtigte Personen waren ebenfalls stärker von Mobilitätsverlusten betroffen.

Das hohe Ausmaß an Bewegungsbeeinträchtigungen hat Konsequenzen für die Gesundheit wie auch die Lebensführung der Nutzer|innen. Eine erheblich eingeschränkte Mobilität geht beispielsweise mit der Gefahr gesundheitlicher Schädigungen und vielfältiger Belastungen einher. So besteht beispielsweise ein starker Zusammenhang zwischen Mobilitätsstörungen und dem Auftreten von Dekubitalgeschwüren (Baum et al. 2003; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010a; Lahmann 2009; Littbrand et al. 2011). Ebenso sind Personen mit beeinträchtigter Mobilität überdurchschnittlich oft von Stürzen und daraus resultierenden Folgen, z.B. Frakturen und Wunden, betroffen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010b; Gogulla et al. 2012; Heinze 2008; Resnick/Galik 2007; Tideiksaar 2008). Auch das Auftreten von Gelenkkontrakturen ist bei älteren Menschen häufig mit fortgeschrittenen Mobilitätsverlusten assoziiert (Ärztammer Nordrhein 2006a; Slaughter/Estabrooks 2010). Darüber hinaus beeinflussen Mobilitätseinbußen oft weitere Aktivitäten des täglichen Lebens und begünstigen die Manifestation oder Verstärkung funktionaler Störungen, z.B. der Urin- und Stuhlinkontinenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006; Littbrand et al. 2011; Wang et al. 2009).

Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit sind jedoch nicht nur für die Zunahme somatischer Gesundheitsstörungen verantwortlich. Sie haben auch Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden der betroffenen Personen. So konnte in verschiedenen Studien belegt werden, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen wesentlich durch den Grad vorliegender Mobilitätseinschränkungen und den Umfang daraus resultierender Autonomieverluste bestimmt wird (Schneekloth et al. 2008; Westerterp/Meijer 2001). In diesem Zusammenhang werden vor allem die Abhängigkeit von personeller Unterstützung sowie die damit verbundenen Einbußen an persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten, der Verlust von Intimität und ein vermindertes

Selbstwertgefühl von mobilitätsbeeinträchtigten Pflegebedürftigen als belastend empfunden (Mitchell 1995; Mozley 2004). Hinzu kommt, dass es mit dem Verlust von Mobilität oftmals schwieriger wird, soziale Kontakte zu pflegen und aufrechtzuerhalten. Nutzer|innen stationärer Pflegeeinrichtungen messen daher dem Erhalt oder einer Verbesserung ihrer Mobilität eine hohe Bedeutung zu, denn sie wirkt sich in ihren Augen entscheidend darauf aus, ob sie sich auch im institutionellen Rahmen eine zumindest teilweise Handlungsautonomie bewahren können (Schmitt 2011).

Es gibt also vielfältige Gründe, dem Erhalt und der Förderung der Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen große Aufmerksamkeit zu schenken, zumal mittlerweile eine Reihe überwiegend internationaler Untersuchungen belegt, dass Interventionen zur Bewegungsförderung prinzipiell auch bei Personen mit manifesten körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen anwendbar und wirksam sind und mit ihnen positive Effekte erzielt werden können (ex. Ärztekammer Nordrhein 2006b; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2009; Schnelle et al. 2002; Schnelle JF et al. 2002; Venturelli et al. 2010). Mit gezielten Programmen lassen sich beispielsweise die allgemeine Bewegungsfähigkeit und die Muskelkraft in den oberen und unteren Extremitäten steigern (ex. Sung 2009; Taguchi et al. 2010; Tittlbach et al. 2007), das Gleichgewicht beim Aufstehen und Gehen erhöhen (ex. Ärztekammer Nordrhein 2006b; Brach et al. 2009; Clark/Kraemer 2009) oder die körperliche Koordinationsfähigkeit der Teilnehmer|innen verbessern (ex. Chin A Paw et al. 2006b; Tittlbach et al. 2007). Zudem wird in Studien auch über Effekte berichtet, die über die Förderung körperlicher Fähigkeiten hinaus gehen. Dazu gehört beispielsweise die Verbesserung bzw. der längere Erhalt kognitiver Fähigkeiten und eine erhöhte Kompetenz bei der Bewältigung alltagspraktischer Anforderungen (ex. Eichenseer/Gräßel 2011; Schwenk 2011; Toulotte et al. 2003). Diese Befunde machen deutlich, dass mit Bewegungsförderung erzielbare Erfolge über die bloße Vermeidung körperlicher Schädigungen und sekundärer Komplikationen hinausgehen. Vielmehr kann auch ein Beitrag zur Stärkung und zum Erhalt gesundheitlicher Ressourcen geleistet und die Alltagskompetenz der Nutzer|innen erhöht werden.

Auch hierzulande sind stationäre Pflegeeinrichtungen mittlerweile für das Thema Bewegungsförderung sensibilisiert und dadurch hat das Angebot an Maßnahmen an Breite gewonnen. Das zeigt sich unter anderem daran, dass in den vergangenen Jahren auch in Deutschland Konzepte unterschiedlichster Art - angefangen bei der Sturzprävention über die Anwendung von Spielkonsolen bis hin zu Kraft-, Muskel- und Fitnesstrainings für Heimbewohner|innen von der Praxis aufgegriffen wurden. Parallel dazu wurden etablierte Ansätze weiterentwickelt, z.B. Sitzgymnastik, Sitztanz und Kontrakturprophylaxe (zusammenfassend Horn et al. 2012). Insgesamt kommt in der Praxis mittlerweile ein „bunter Blumenstrauß“ an Konzepten und Interventionen zum Einsatz, die für sich in Anspruch nehmen, zur Förderung der Mobilität und Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen beizutragen. Doch nur ein vergleichsweise kleiner Teil davon wurde wissenschaftlich evaluiert und - so ist zu vermuten - auch nur ein Teil erreicht die Nutzer|innen, die von dieser Entwicklung somit bislang nur bedingt profitieren.

So nahmen den Ergebnissen der von uns durchgeführten Untersuchung zufolge zwar 43% der Bewohner|innen an Angeboten zur körperlichen Aktivierung teil, überwiegend jedoch nicht mit der gebotenen Häufigkeit. Eine mindestens zweimal wöchentliche Beteiligung, die für die Erzielung körperlicher Effekte als notwendig erachtet wird (Titze/Oja 2012), war nur bei 15% von ihnen zu verzeichnen. Zudem wurden bewegungsfördernde Angebote vor allem von Nutzer|inne|n mit geringen Mobilitätseinschränkungen wahrgenommen. Stärker bewegungsbeeinträchtigte Bewohner|innen, bei denen der Erhalt noch verbliebener Fähigkeiten besonders wichtig ist, wurden vergleichsweise selten erreicht. Dabei verfügte ein großer Teil der Nutzer|innen trotz insgesamt beeinträchtigter Mobilität durchaus über die körperlichen Voraussetzungen, die sie zur Beteiligung an bewegungsfördernden Interventionen befähigt hätten: Rund 80% von ihnen waren in der Lage zu sitzen, mehr als zwei Drittel konnten aufstehen bzw. stehen und 54% konnten eine Gehstrecke von zehn Metern bewältigen (Kleina et al. 2013). Allerdings muss auch beim Vorliegen dieser Grundvoraussetzungen berücksichtigt werden, dass das körperliche Leistungsniveau der Bewohner|innen innerhalb einer Pflegeeinrichtung ausgesprochen heterogen ist und unterschiedlichen Nutzergruppen passgenaue Angebote gemacht werden müssen, die auf ihre Leistungsfähigkeit abgestimmt sind und weder zu einer Unter- noch zu einer Überforderung führen.

Insbesondere in der stationären Langzeitversorgung kommt ein weiterer Aspekt hinzu, der die Auswahl geeigneter Aktivitäten erschwert: Ein Großteil der Nutzer|innen leidet unter kognitiven Beeinträchtigungen, die sich sowohl auf ihre Fähigkeiten zur Informationsaufnahme, ihre kommunikativen Kompetenzen und auch auf ihre Motivationslage auswirken (Schneekloth et al. 2009). Bei diesen Bewohner|inne|n müssen bei der Auswahl bewegungsfördernder Interventionen neben dem körperlichen Leistungsniveau auch die Einschränkungen der kognitiven und kommunikativen Leistungsfähigkeit in Betracht gezogen werden. Konzepte, die stärker auf Lernformen wie Modell- oder Imitationslernen setzen, sind bei diesen Nutzer|inne|n erfolgversprechender, als Ansätze, bei denen die verbale Informationsvermittlung im Vordergrund steht.

Allein zur Auswahl einer Intervention, die dem individuellen Leistungsprofil einer Person entspricht, bedarf es also sorgfältiger Einschätzungs- und Abwägungsprozesse. Um das Spektrum bewegungsfördernder Interventionen so auszurichten, das möglichst viele Bewohner|innen davon profitieren, müssen daher relativ komplexe Vorüberlegungen in Pflegeeinrichtungen angestellt werden. Doch angesichts der Vielzahl und Heterogenität vorliegender Konzepte zur Bewegungsförderung ist es für sie ausgesprochen schwierig, einen Überblick zu gewinnen und die für ihre Nutzer|innen geeigneten Interventionen zu identifizieren (Horn/Schaeffer 2011). Dies ist umso deutlicher zu betonen, als für viele Angebote keine definierten Anforderungsprofile vorliegen, anhand derer eine klare Ab- und Eingrenzung der Zielgruppe möglich ist. Hinzu kommt, dass sich auch die zur Umsetzung einer Intervention benötigten personellen und materiellen Voraussetzungen erst bei eingehender Beschäftigung mit einem Konzept erkennen lassen. Diese Informationen spielen für Pflegeeinrichtungen jedoch bei der Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle. Fehlen sie oder

sind sie nur mit großem Aufwand zu erschließen, ergeben sich bei der Implementation bereits im Planungsstadium gravierende Probleme.

Die insgesamt schwierige Informationslage dürfte daher mit dafür verantwortlich sein, dass bewegungsfördernde Ansätze in der stationären Langzeitversorgung hierzulande noch wenig systematisch implementiert und umgesetzt werden.

3 Aufgabenstellung und Ziel des Projekts

Vor dem Hintergrund, dass die Nutzer|innen der stationären Langzeitversorgung zwar über gesundheitliche Potenziale und Ressourcen verfügen, die mittels bewegungsfördernder Interventionen gestärkt werden können, viele Einrichtungen aber aufgrund der defizitären Informationslage Probleme bei der Identifikation, Auswahl und Implementation bedarfsgerechter Maßnahmen haben, war es Ziel des Projekts *„Gesundheitsförderung und Prävention durch bewegungsfördernde Interventionen in der stationären Langzeitversorgung“*, zur Verbesserung des Kenntnisstands über bewegungsfördernde Interventionen in der Praxis beizutragen.

Dazu erfolgte eine **systematische Bestandsaufnahme, Einschätzung und Aufbereitung vorhandener Interventionskonzepte** zur Bewegungsförderung für die Nutzer|innen der stationären Langzeitversorgung. Neben Ansätzen, die ausschließlich bewegungsfördernde Elemente beinhalten, sollten ausdrücklich auch Konzepte berücksichtigt werden, die bewegungsfördernde Anteile mit anderen gesundheitsfördernden Elementen, beispielsweise dem Einsatz von Musik, verknüpfen. Außerdem sollte für Pflegeeinrichtungen eine Möglichkeit geschaffen werden, die Eignung der identifizierten Interventionen für ihre Nutzer|innen einzuschätzen. Daraus ließen sich vier Arbeitsschritte ableiten:

- a) Eine Aufarbeitung bzw. Aktualisierung des Forschungsstands über Potenziale bewegungsfördernder Interventionen bei hochaltrigen, gesundheitlich beeinträchtigten Personen. Dieser Schritt diene vor allem dazu, einen Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion zu erlangen, was Voraussetzung für die Beurteilung einzelner Interventionskonzepte hinsichtlich ihrer Evidenz, Effektivität und Praktikabilität war.
- b) Eine literaturgestützte Identifikation bewegungsfördernder Interventionskonzepte und -programme, die aufgrund ihrer Inhalte, Zielsetzungen und Organisationsformen geeignet sind, in Einrichtungen der deutschen stationären Langzeitversorgung angewendet zu werden.
- c) Eine systematische Aufarbeitung und strukturierte Darstellung der als geeignet eingeschätzten Interventionskonzepte und -programme, die stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, sich einen Überblick über die Zielgruppe einzelner Maßnahmen, die inhaltliche Ausrichtung der Intervention sowie die mit ihrer Implementierung einhergehenden organisatorischen und qualifikatorischen Anforderungen zu verschaffen.
- d) Die Entwicklung und Praxiserprobung eines Kurzassessmentinstrumentes zur Einschätzung der Beteiligungsmöglichkeiten der

Nutzer|innen stationärer Pflegeeinrichtungen an bewegungsfördernden Maßnahmen dienen kann.

4 Vorgehensweise bei der Identifizierung und Aufbereitung der Interventionen

Ausgangsbasis für die Identifizierung mobilitäts- und bewegungsfördernder Interventionen war eine breit angelegte Recherche der einschlägigen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur. Angesichts der inflationären Verwendung und des oft uneinheitlichen Verständnisses der Begriffe Mobilitäts- und Bewegungsförderung wurden im Vorfeld der Recherche zwei wichtige Ab- bzw. Eingrenzungen vorgenommen:

- In erster Linie sollten Interventionen und Programme identifiziert werden, die sich zur Umsetzung in Gruppen eignen. Zwar können auch mit Einzelinterventionen, bei denen die individuelle Förderung der Bewegungsfähigkeit einer Person im Mittelpunkt steht, positive Effekte erzielt werden. Aufgrund ihrer hochgradig individualisierten Ausrichtung und Anpassung entziehen sie sich allerdings in der Regel einer standardisierten Beschreibung. Zudem handelt es sich bei Einzelinterventionen oft um therapeutisch ausgerichtete Ansätze, die im Rahmen physio- und ergotherapeutischer Behandlungen praktiziert werden und daher nicht als Maßnahmen zur allgemeinen Bewegungsförderung der Nutzer|innen anzusehen sind.
- Bewegungsfördernde Interventionen können - auch darin bestand eine wichtige Abgrenzung - nicht mit Programmen zur Sturzprophylaxe gleichgesetzt werden, obwohl die Begriffe in der Praxis häufig vermischt und synonym verwendet werden. Die Förderung der individuellen Bewegungsfähigkeit kann im Einzelfall zwar einen wichtigen Baustein bei der Vermeidung von Stürzen darstellen, führt jedoch nicht zwangsläufig zu einer niedrigeren Sturzhäufigkeit. Programme zur Sturzprävention umfassen zudem oft weitere Interventionen (z.B. die Anpassung von Hilfsmitteln oder Kleidungsstücken), die nicht als Maßnahmen zur Förderung der individuellen Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen anzusehen sind. Daher wurden Interventionen zur Sturzprophylaxe nur dann einbezogen, wenn ihr zentrales Ziel in der *Verbesserung bzw. dem Erhalt* der Bewegungsfähigkeit bestand und bei ihrer Evaluation entsprechende Outcomes zu verzeichnen waren.

Die Literaturanalyse diente einerseits dazu, einen Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs zur Anwendung und Wirksamkeit von Bewegungsförderung in der stationären Langzeitversorgung zu gewinnen und stellte gleichzeitig einen ersten Schritt zur Erfassung möglicher relevanter Interventionsansätze und -konzepte dar. Relativ früh wurde allerdings deutlich, dass sich allein auf Basis wissenschaftlicher Quellen und anhand von Beiträgen in Fachzeitschriften nur ein Teil der existierenden Interventionen identifizieren lässt, weil insbesondere zu kürzlich durchgeführten Projekten noch keine wissenschaftlichen Publikationen vorliegen. Daher wurde ergänzend eine Internetrecherche in verschiedenen Projektdatenbanken und auf den Internetseiten von Organisationen durchgeführt, die sich mit dem Thema Bewegungs- und Mobilitätsförderung befassen.

4.1 Systematische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche erstreckte sich sowohl auf deutsche wie auch auf internationale, englischsprachige Publikationen. Da pflege- und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse aufgearbeitet werden sollten, die dem gegenwärtigen Stand der Forschung entsprechen, wurde die Recherche auf Publikationen eingegrenzt, die ab dem Jahr 2005 bis zum Juni 2013 veröffentlicht wurden⁴.

Ziel der Recherche war die Identifizierung von bewegungsfördernden Interventionen, die sich für die Nutzung in der *stationären Langzeitversorgung in Deutschland* eignen. Daraus ergaben sich weitere Ein- und Ausschlusskriterien, die bei der Konzipierung der angewandten Suchstrategie zu berücksichtigen waren:

Bei den Nutzer|inne|n handelt es sich ganz überwiegend um hochaltrige, multimorbide und bereits mobilitätsbeeinträchtigte Personen (ex. Kleina et al. 2012). Veröffentlichungen, die sich auf andere Zielgruppen, beispielsweise gesunde, mobilere ältere Menschen beziehen, sollten daher bei der Recherche nicht berücksichtigt werden. Deshalb wurden Publikationen, die sich mit Interventionen bei Personen mit einem *Lebensalter unter 65 Jahren* oder Interventionen für Personen *ohne bereits bestehende Bewegungsbeeinträchtigungen* befassen, systematisch ausgeschlossen.

Die Situation der Nutzer|innen ist auch dadurch gekennzeichnet, dass sie unter dauerhaften *Fähigkeits- und Funktionseinbußen* leiden, die zu einem Pflege- und Unterstützungsbedarf führen. Dementsprechend wurden Interventionen, die explizit für die (kurzzeitige) Anwendung in anderen Settings, z.B. der stationären Akutversorgung oder in Rehabilitationseinrichtungen konzipiert wurden, ebenfalls als nicht relevant eingestuft und daher ausgeschlossen.

Den Kern der Suche nach bewegungsfördernden Interventionen bildete eine *systematische Recherche in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken*. Sie erfolgte von September 2012 bis einschließlich März 2013 unter Einbeziehung der Datenbanken „PubMed“, „CINAHL“, „Social Science Citation Index“, „PsychInfo“ und „Cochrane Database“ und „GeroLit“. Zur Optimierung der Suche wurden in den Literaturdatenbanken zunächst die einzelnen relevanten Schlagworte „Bewegungsförderung“, „Mobilitätsförderung“, „körperliche Aktivität“, „Alter 65 plus“, „stationäre Langzeitversorgung“ und „Pflegebedürftige“ in die entsprechend englischsprachigen Begrifflichkeiten übersetzt sowie daran anschließend mit „AND“ oder „OR“ in Blöcken verschlagwortet. Aufbauend auf diesen Schlagworten wurden, je nach Selektions- und Kombinationsmöglichkeiten der verschiedenen Datenbanken, Suchstrategien formuliert. Ergänzend wurde mit verschiedenen Filtern gearbeitet. In der Datenbank „PubMed“ wurde zusätzlich die „MeSH“ Funktion angewandt. Hier kann mit Hilfe von vorgefertigten und definierten Begriffen innerhalb der Datenbank nach relevanten Artikeln gesucht werden. Einen Überblick über die im Einzelnen angewandten Suchkombinationen und Trefferzahlen gibt Tabelle 1.

⁴ Anzumerken ist an dieser Stelle, dass Literaturhinweise mit einem thematisch besonders relevanten Titel und/oder Abstract, die vor 2005 veröffentlicht worden sind, ebenfalls gesichtet und als Hintergrundwissen berücksichtigt worden sind.

Tabelle 1: Datenbanksuchstrategie mit Angabe der jeweiligen Trefferzahl

Suchstrategie	Datenbank	Trefferzahl
(exercise [MeSH] OR exercise therapy [MeSH] OR motor activity [MeSH]) AND (long-term care [MeSH] OR nursing homes [MeSH]) AND (aged [MeSH] OR frail elderly [MeSH])	PubMed	349
(exercise [MeSH]) AND (nursing homes [MeSH])		194
(exercise OR exercise therapy OR activity OR physical activity OR physical fitness OR motor activity) AND (long-term care OR long-term care services OR nursing homes OR elderly care OR long-term care facilities OR residential facilities) AND (Elderly OR older persons OR seniors OR aged OR older people OR frail elderly OR aged 80 over) AND (encourage physical activity OR physical training OR exercise advancement OR activity enhancement)		675
Title=(exercise OR physical activity OR motor activity OR exercise therapy) AND Topic=(long-term care OR nursing home*) AND Topic=(aged)	CINAHL	165
Title=(exercise OR physical activity OR motor activity OR exercise therapy) AND Text=(long-term care OR nursing home*) AND Text=(aged)	PsycInfo	19
Title=(exercise OR physical activity OR motor activity OR exercise therapy) AND Topic=(long-term care OR nursing home*) AND Topic=(aged)	Social Science Citation Index	239
Bewegungsförderung UND Alter	GeroLit	15
Bewegung UND Pflegebedürftigkeit		23
Bewegung UND Pflegeheim		1
Bewegung UND Intervention		1
Bewegung UND Altenpflege		49
Bewegung UND Heimbewohner		16
encourage physical activity, physical training, exercise advancement, activity enhancement	Cochrane Database	864
long-term care, long-term care services, nursing homes, elderly care, long-term care facilities, residential facilities		7938
Meshterm "exercise" (Eingrenzung auf Reviews)		91
Meshterm "elderly" (Eingrenzung auf Reviews)		52
(MeSH [Residential Facilities] or MeSH [nursing homes]) and (MeSH Exercise] or MeSH [Physical education and training] or MeSH [motor activity]) and Mesh [Frail elderly]		19

Neben der Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken erfolgte eine umfassende *Handrecherche* in Verlagsdatenbanken, Bibliothekskatalogen und nationalen wie auch internationalen Fachzeitschriften. Dies sollte die Berücksichtigung von Interventionen und Projekten sicherstellen, die (bislang) nicht wissenschaftlich evaluiert wurden und daher mittels der Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken nicht identifiziert werden konnten. Konkret wurden die Inhaltsverzeichnisse ausgewählter Zeitschriften nach relevanten Beiträgen zur Bewegungsförderung in der stationären Langzeitversorgung durchsucht. Auch hierbei wurde auf die eingangs beschriebenen Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe und des Settings zurückgegriffen. Einen Überblick über die in die Handrecherche einbezogenen Zeitschriften gibt die folgende Übersicht.

Tabelle 2: In die Handrecherche einbezogene Zeitschriften

Deutschsprachige Zeitschriften	Internationale Zeitschriften
Pflege	Health promotion international
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie	American Journal of Public Health
ProAlter	American Journal of Health Promotion
Pflege & Gesellschaft	Journal of Nursing Research
Gesundheit und Gesellschaft	Journal of Aging and Physical Activity
Die Schwester/Der Pfleger	Journal of Aging and Health
Prävention und Gesundheitsförderung	International Journal of Public Health
Das Altenheim	BMG Geriatric
Altenpflege	Journal of Sports and Exercise Medicine (BJSM)
Pflegezeitschrift	

Die Überschriften und Abstracts der in den wissenschaftlichen Onlinedatenbanken und mittels Handrecherche erzielten Treffer wurden nochmals unter Berücksichtigung der eingangs vorgestellten Ein- und Ausschlusskriterien gescreent und entweder ausgeschlossen oder in eine tiefere Analyse einbezogen. Mit diesem Arbeitsschritt reduzierte sich die Zahl der als potenziell relevant anzusehenden Interventionen von ursprünglich 1397 auf insgesamt 222.

Die identifizierten Quellen wurden zur weiteren Bearbeitung in das Literaturdatenbankprogramm *EndNote* eingespeist und die entsprechenden Volltexte der dazu gehörigen wissenschaftlichen Publikationen angeschafft. Parallel wurden die Literaturverzeichnisse der ausgewählten Publikationen nach weiteren Referenzen durchsucht. Dabei ging es insbesondere darum, vorliegende Projektbeschreibungen und Handbücher, die zur weiteren Beurteilung der Interventionen herangezogen werden konnten, ausfindig zu machen. Vereinzelt konnten aber auch weitere wissenschaftliche Publikationen identifiziert werden, aus denen sich ergänzende Hinweise zur Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahme gewinnen ließen.

4.2 Ergänzende Suche und Internetrecherche

Bei der Durchsicht der mittels der „systematischen“ Literaturrecherche zu Tage geförderten Interventionen zeigte sich, dass einige in der Praxis bekannte und auch angewandte Ansätze auf diesem Wege nicht erfasst wurden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie in der Praxis durchaus Anklang gefunden haben, jedoch bislang nicht wissenschaftlich evaluiert oder die entsprechenden Untersuchungsergebnisse nicht publiziert wurden, weshalb sich in Literaturdatenbanken und Inhaltsverzeichnissen von Zeitschriften keine Hinweise zu ihnen finden⁵. Um einen Überblick auch

⁵ Bis zur Publikation der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen in wissenschaftlichen Zeitschriften vergehen häufig einige Jahre. Gleichwohl liegen oft bereits entsprechende Projektberichte vor, die aber selten in wissenschaftlichen Datenbanken gelistet werden.

über diese Ansätze zu erhalten und sie gegebenenfalls in die Empfehlungen einbeziehen zu können, wurde ergänzend im Internet nach Hinweisen auf Praxis- und Modellprojekte, die sich mit der Bewegungsförderung bei den Nutzer|inne|n stationärer Langzeitversorgung befassen, gesucht:

- Es wurde in verschiedenen Projektdatenbanken (z.B. ZQP Datenbank Forschungsprojekte, IN FORM Projektdatenbank) nach Interventionen recherchiert.
- Die Internetseiten von Verbänden, Initiativen und Organisationen, die sich u.a. mit der Durchführung bzw. der Förderung von Projekten zur Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen befassen (z.B. Landeszentren für Bewegungsförderung, Deutscher Olympischer Sportbund, Landessportbünde, BMG, BMBF) wurden nach Hinweisen durchsucht.
- Es wurde eine Suche mit Hilfe der Internetsuchmaschine Google durchgeführt. Dabei wurden, ähnlich wie bei der Literaturrecherche, unterschiedliche Suchbegriffe miteinander kombiniert (z.B. „Bewegungsförderung“ und „Heimbewohner“ oder „Mobilitätsförderung“ und „Hochaltrige“).

Auf Basis dieser Recherche ließen sich rund 30 Projekte und Interventionskonzepte identifizieren, die bei der systematischen Literaturrecherche nicht gefunden wurden und von denen vier in die strukturierte Aufbereitung (vgl. Kap. 4.4) einbezogen wurden. Dabei handelte es sich vereinzelt um Interventionen älteren Datums, überwiegend jedoch um Ansätze und Projekte, die bislang nicht wissenschaftlich evaluiert wurden. Zudem fanden sich auch Programme, die zwar dem Titel nach unbekannt waren, sich bei genauer Betrachtung aber als Kopie oder abgewandelte Version bereits bekannter Interventionskonzepte entpuppten. So liegt beispielsweise den Programmen "Sicher und Mobil im Alter" und "Fit in jedem Alter" das bereits bei der Literaturrecherche identifizierte Konzept "Aktiv in jedem Alter" (Lindemann 2009) zugrunde. Diese Interventionen wurden nicht in die weitere Analyse einbezogen, da die unterschiedlichen Bezeichnungen bei (nahezu) gleichen Inhalten eine Angebotsvielfalt suggerieren würden, die faktisch nicht gegeben ist. Zudem wäre ihre Aufnahme in die Interventionsdatenbank eher verwirrend und würde die gezielte Suche behindern.

Für die im Rahmen der Internetrecherche als neu und relevant identifizierten Projekt- und Interventionsbeschreibungen wurde im nächsten Schritt gezielt nach weiterführenden Referenzen, z.B. konkreten Durchführungshinweisen, Evaluationsberichten oder wissenschaftlichen Publikationen gesucht. Die Interventionen, für die auf diesem Wege ausreichend Material gewonnen werden konnte, flossen neben den vorläufigen Ergebnissen der Literaturrecherche ebenfalls mit in die weitere Analyse ein.

4.3 Erweiterte Einschätzung der Interventionen

Auf Basis der nach Abschluss der Literaturrecherche und ergänzenden Internetsuche vorliegenden Informationen (Volltexte wissenschaftlicher Publikationen, Projektbeschreibungen, Projektberichte, Durchführungsmanuale) wurden die Interventionen erneut mit Blick auf ihre Eignung und Wirksamkeit im Kontext der deutschen stationären Langzeitversorgung analysiert. Dieser Zwischenschritt war notwendig, da die beim Screening

der Abstracts gewonnenen Informationen über die mit der Intervention angesprochenen Nutzergruppen, die mit der Durchführung verbundenen individuellen Anforderungen aber auch die erzielbaren Outcomes in vielen Fällen nicht ausreichend waren, um die Eignung der Interventionen einzuschätzen. Die Beurteilung wurde anhand verschiedener Leitfragen vorgenommen:

- *Entsprechen die mit der Intervention einhergehenden körperlichen Anforderungen dem Fähigkeitsprofil der Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgung?* Diese Frage erwies sich insbesondere bei der Einschätzung von Interventionen aus dem internationalen Kontext als wichtig. Viele Ansätze, die als geeignet für die Anwendung in der Langzeitversorgung geschildert werden, sind mit vergleichsweise hohen Anforderungen an die Physis der Teilnehmer|innen verbunden. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich die Einrichtungen der Langzeitversorgung in anderen Ländern mit Blick auf die Nutzer|innen oft deutlich von deutschen unterscheiden. Bei genauerer Betrachtung zeigte sich, dass viele der unter dem Label „Long Term Care“ gefassten Interventionen eher für den Einsatz in Einrichtungen konzipiert wurden, deren Bewohner|innen Fähigkeiten aufwiesen, wie sie in Deutschland bei Nutzer|inne|n des „Betreuten Wohnens“ oder von „Wohnstiften“ zu finden sind⁶.
- *Stellt die Förderung bzw. der Erhalt der Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen ein wesentliches Outcome der Intervention dar?* Auch diese Frage ließ sich allein auf Basis der Abstracts häufig nicht beantworten, war aber angesichts der Zielsetzung des Projekts von entscheidender Bedeutung. Als in diesem Zusammenhang relevante Effekte wurden z.B. der Erhalt oder die Verbesserung der körperlichen Ausdauer, des Gleichgewichts, der Muskelkraft oder der Bewegungsaktivität angesehen. In vielen Untersuchungen wurden zusätzlich die Auswirkungen auf nicht körperbezogene Outcomes, z.B. die kognitiven Fähigkeiten oder die soziale Teilhabe der Teilnehmer|innen untersucht. Bei einem Teil der gefundenen Interventionen wurden deren Effekte auf die Bewegungsfähigkeit der Teilnehmer|innen jedoch überhaupt nicht überprüft, sondern es wurden ausschließlich andere Outcomes, wie die Lebensqualität oder das individuelle psychische Wohlbefinden, untersucht. Da der Fokus des Projekts auf Ansätzen zur Bewegungsförderung lag, wurden Interventionen ausgeschlossen, wenn keinerlei Nachweise zu körperlichen Effekten vorlagen.
- *Sind die zur Durchführung der Intervention verfügbaren Informationen ausreichend differenziert?* Dieser Frage kommt mit Blick auf die Implementierung von Interventionen eine hohe Relevanz zu. Wie sich zeigte, bestanden hier bei vielen Ansätzen Defizite. Insbesondere wissenschaftliche Publikationen enthielten oft nur unzureichende Beschreibungen zu den einzelnen Bestandteilen und Maßnahmen eines Interventionsprogramms. In diesen Fällen wurde versucht, anhand des

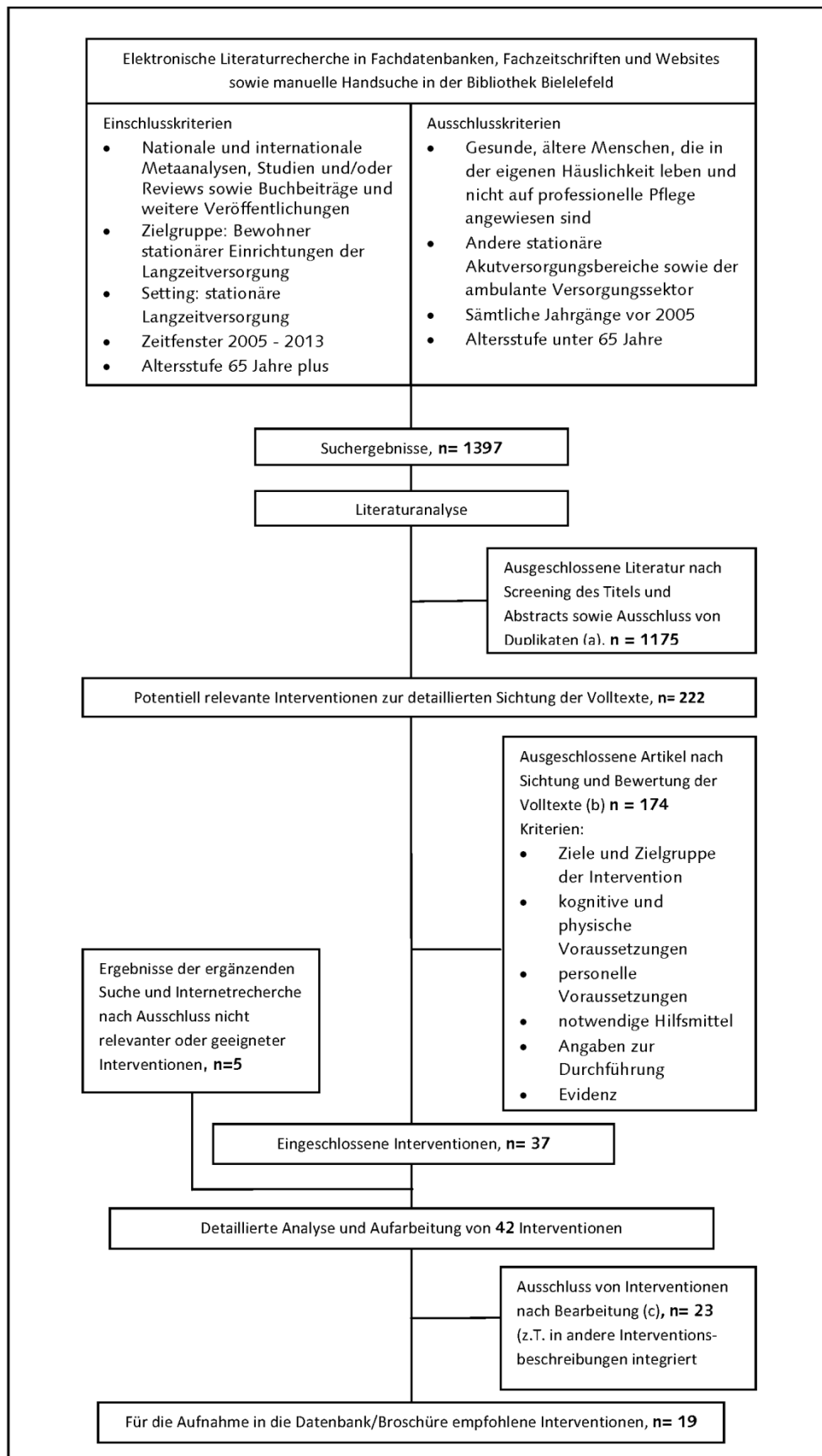
⁶ Beispielhaft kann hier die das Sprungtraining als Ergänzung eines kombinierten Kraft-, Dehn-, und Ausdauertrainings nach Cakar et al. (2010) genannt werden. Die Teilnehmer|innen des bewegungsfördernden Programms müssen demnach nicht nur in der Lage sein, selbständig stehen, sitzen und gehen zu können, sondern auch auf der Stelle über einen Zeitraum von 10 Minuten springen zu können.

Projekttitels, des Namens der Intervention oder aufgrund von Literaturhinweisen an weiterführende Informationen zu gelangen. Zum Teil wurden auch die an den Projekten beteiligten Personen per E-Mail kontaktiert und um zusätzliche Informationen gebeten. Allerdings ist zu konstatieren, dass diese Bemühungen in vielen Fällen nicht zum erwünschten Ergebnis führten. Wenn sich keine aussagekräftigen Informationen zur Durchführung einer Intervention gewinnen ließen, wurden sie von der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen.

- *Hat die Intervention einen allgemein bewegungsfördernden Charakter oder handelt es sich um eine individualisierte, therapeutische Maßnahme?* Das Ziel des Projekts bestand darin, bewegungsfördernde Interventionen zu identifizieren, die aufgrund ihrer konzeptionellen Grundlagen und Inhalte für die Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgung geeignet sind. Bei der Analyse der Interventionsbeschreibungen wurde jedoch deutlich, dass es sich bei einigen als Gruppenintervention bezeichneten Ansätzen streng genommen um individuell ausgerichtete physio- und ergotherapeutische Behandlungen oder therapeutische Rehabilitationsmaßnahmen handelt. Sie werden zwar oft zeitgleich bei einer Gruppe von Nutzer|inne|n durchgeführt, können sich jedoch hinsichtlich ihrer Inhalte und Anforderungen erheblich unterscheiden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Auswahl der Übungen ausschließlich aufgrund der Einschätzungen der Therapeut|inn|en und nicht auf Basis einer einheitlichen konzeptionellen Grundlage erfolgt. Die Durchführung in der Gruppe beschreibt in diesen Fällen also eher einen organisatorischen Rahmen und beruht nicht auf inhaltlichen Gemeinsamkeiten. Derartige Ansätze können zwar durchaus effektiv sein, lassen sich aber aufgrund ihres hohen Individualisierungsgrades nicht als „eine“ bewegungsfördernde Intervention betrachten (ex. Kerse et al. 2008; Varela et al. 2011).

Nachdem die 222 zur erweiterten Überprüfung vorliegenden Interventionen anhand dieser Leitfragen auf ihre Eignung hin beurteilt wurden, reduzierte sich die Zahl in Frage kommender Ansätze auf insgesamt 42 (vgl. Abb.1). Diese wurden, wie im folgenden Kapitel erläutert, strukturiert aufbereitet und einheitlich dargestellt. Auf Basis dieser Interventionsbeschreibungen wurde abschließend entschieden, welche Interventionen - es waren insgesamt 19 - aktuell zur Aufnahme in eine Datenbank oder Broschüre für Pflegeeinrichtungen empfohlen werden können. Bei den restlichen Interventionen handelt es sich zwar ebenfalls um vielversprechende Ansätze, jedoch weisen die zu ihnen vorliegenden Informationen Lücken auf, die trotz intensiver Nachrecherchen nicht geschlossen werden konnten und einer Empfehlung entgegenstehen. So liegen z.B. zu einigen Ansätzen keine ausreichend differenzierten Angaben zur Durchführung vor, was eine Umsetzung in der Praxis nahezu unmöglich macht. Andere Ansätze befinden sich noch in der Entwicklung, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt keine Erkenntnisse zu ihrer Wirksamkeit vorhanden sind.

Abbildung 1: Einzelschritte des Analyse- und Rechercheprozesses



4.4 Aufbereitung und strukturierte Darstellung der Interventionen

Kernanliegen des Projekts war es, erprobte und empfehlenswerte Interventionen zur Bewegungsförderung der Nutzer|innen für Pflegeeinrichtungen zugänglich und einschätzbar zu machen. Die im Rahmen der durchgeführten Recherche identifizierten und als grundsätzlich empfehlenswert erachteten Ansätze wurden daher in übersichtlicher Form so aufbereitet, dass für die Einrichtungen wichtige Kerninformationen leicht erkenn- und vergleichbar sind. Der Darstellung der Interventionen liegt ein einheitliches Muster zugrunde, dessen Struktur im Folgenden erläutert und begründet wird.

Zielsetzung und Zielgruppe

Unter dieser Überschrift finden sich Hinweise zu spezifischen, mit der Intervention verbundenen Zielsetzungen. So steht bei einzelnen Interventionen die Förderung ganz bestimmter Bewegungsfähigkeiten (z.B. der Gehfähigkeit) im Zentrum, andere weisen eine breitere Ausrichtung auf. Auch Informationen zu angestrebten Effekten, die über bewegungsfördernde Aspekte hinausgehen (z.B. die Förderung kognitiver Fähigkeiten) finden sich an dieser Stelle. Außerdem wird, wenn entsprechende Angaben vorliegen, die Personengruppe, für die eine Intervention konzipiert wurde bzw. empfohlen wird, genauer beschrieben. So richten sich einige Programme z.B. gezielt an demenzerkrankte Personen.

Physische Anforderungen an die Teilnehmer|innen

Eine zentrale Bedeutung bei der Auswahl von Teilnehmer|inne|n für eine Intervention kommt der Frage zu, über welche physischen Fähigkeiten sie verfügen sollten, damit eine Teilnahme möglich und sinnvoll ist. In diesem Teil der Interventionsbeschreibung werden die körperlichen Anforderungen genauer spezifiziert. Die Beschreibungen fußen unter anderem auf Empfehlungen, die durch die Entwickler|innen der Interventionen getroffen wurden. Allerdings waren eindeutige Ein- und Ausschlusskriterien für viele Interventionsansätze nicht oder nur lückenhaft verfügbar. Daher mussten die körperlichen Anforderungen in vielen Fällen ausgehend von den beschriebenen Einzelübungen eines Interventionsprogramms abgeleitet werden. Bei der Aufarbeitung der Interventionen wurde dazu ein Fragenraster genutzt, mit dem basale körperliche Anforderungen erfasst und systematisiert werden konnten. Im Einzelnen wurde dabei folgenden Fragen nachgegangen:

- Setzt die Intervention voraus, dass die Teilnehmer|innen alleine oder mit Hilfsmitteln sitzen, aufstehen, stehen und/oder gehen können?
- Setzt die Intervention voraus, dass die Teilnehmer|innen Dinge festhalten, fangen und/oder werfen können?
- Lassen sich darüber hinaus weitere spezifische Anforderungen aus dem Interventionskonzept oder der Beschreibung der Einzelübungen ableiten?

In den Interventionsbeschreibungen werden zunächst allgemeine Hinweise zu den körperlichen Anforderungen gegeben. Danach werden die im Einzelnen vorausgesetzten Fähigkeiten anhand der o.g. Punkte konkret benannt.

Kognitive Anforderungen an die Teilnehmer|innen

Auch die Frage, ob die Teilnehmer|innen in der Lage sind, die mit einer Intervention einhergehenden kognitiven Anforderungen zu bewältigen, spielt eine wichtige Rolle. Bei der Analyse der Interventionen zeigte sich, dass dazu in vielen Fällen keine oder nur vergleichsweise abstrakte Hinweise (z.B. eine zu erreichende Mindestpunktzahl beim Mini-Mental-Status-Test) vorlagen. Daher wurden - analog zur Einschätzung körperlicher Anforderungen - entlang eines Fragenrasters Einschätzungen zu kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten vorgenommen, über die Teilnehmer|innen verfügen müssen, um sich an einer Intervention zu beteiligen. Im Einzelnen ging es dabei um folgende Punkte:

- Die Fähigkeit, einfache und/oder komplexe verbale Informationen zu verstehen,
- die Fähigkeit, gezeigte Übungen imitieren zu können,
- die Fähigkeit, sich über einen längeren Zeitraum an den Ablauf einzelner Übungen erinnern zu können und
- die Fähigkeit, verbal mit anderen Personen kommunizieren zu können.

In den Interventionsbeschreibungen werden zunächst allgemeine Anhaltspunkte zu den kognitiven und kommunikativen Anforderungen benannt. Danach werden die im Einzelnen vorausgesetzten Fähigkeiten anhand der o.g. Punkte konkret benannt.

Gruppengröße

Hier finden sich entsprechende Empfehlungen zur Größe der Gruppen, in denen eine Intervention durchgeführt werden sollte bzw. kann. Diesem Punkt kommt insbesondere für die organisatorische Planung und Umsetzung einer Intervention durch die Einrichtungen eine hohe Bedeutung zu, denn daraus ergeben sich z.B. konkrete Anhaltspunkte für die Zahl der zu bildenden Gruppen oder die Häufigkeit, mit der sie angeboten werden sollten. Gerade für Interventionen, die ein hohes Maß an Anleitung und/oder Unterstützung der Teilnehmer|innen durch die Gruppenleiter|innen vorsehen, stellt die Einhaltung empfohlener Gruppengrößen eine wichtige Voraussetzung für die Wirksamkeit der Maßnahme, aber auch deren sichere Durchführung dar.

Personelle Voraussetzungen

Unter dieser Überschrift finden sich Aussagen zur Anzahl und Qualifikation der Personen, die eine Intervention durchführen sollten. Auch hierbei handelt es sich um Angaben, denen bei der Implementation einer Intervention ein besonderer Stellenwert zukommt. Darauf aufbauend können Einrichtungen beispielsweise einschätzen, ob die zur Durchführung einer

Maßnahme vorgesehenen Mitarbeiter über das notwendige Qualifikationsniveau verfügen, ob Fort- und Weiterbildungen notwendig sind oder ob der Einsatz externer, besonders qualifizierter Personen (z.B. Sportlehrer|innen, Physiotherapeut|inn|en) sinnvoll ist. Da einzelne Interventionen mit dem Einsatz zusätzlicher Personen zu Unterstützung der Teilnehmer|innen einhergehen, lassen sich auch Hinweise auf den zeitlichen Umfang personeller Ressourcen gewinnen, die eingesetzt werden müssen.

Materielle und räumliche Voraussetzungen

Diese Angaben stellen für Pflegeeinrichtungen ebenfalls eine wichtige Planungsgröße dar. Einige Interventionen bedingen z.B. die Anschaffung spezieller Übungsmaterialien, Sportgeräte oder Hilfsmittel (deren Kosten allerdings in der Regel überschaubar sind). Außerdem muss überprüft werden, ob die räumlichen Gegebenheiten einer Einrichtung mit den Anforderungen einer Intervention kompatibel sind oder ob ggf. Anpassungen vorgenommen werden müssen.

Zeitung und Häufigkeit

Hier finden sich Hinweise zum zeitlichen Umfang der Einheiten und der empfohlenen Teilnahmehäufigkeit. Auch diese Angaben werden zur organisatorischen Planung der Interventionsumsetzung benötigt. Darüber hinaus lassen sie aber auch ergänzende Rückschlüsse auf die körperlichen und kognitiven Belastungen zu, die mit der Teilnahme einhergehen und die den Fähigkeiten der Nutzer|innen entsprechen müssen. So sind z.B. viele demenzkranke Personen auch in einem frühen Stadium der Erkrankung nicht mehr in der Lage, sich über längere Zeiträume konzentriert einer Aufgabe zu widmen.

Hinweise zur Durchführung

Die Informationen zu diesem Punkt sollen die Leser|innen in die Lage versetzen, sich ein möglichst präzises Bild von der Intervention zu machen. Bei einzelnen Ansätzen, zu denen kein Handbuch/Manual vorliegt, kann auf sie als Handlungsleitfaden zurückgegriffen werden. Daher werden die Inhalte, der Ablauf und der Aufbau der Interventionen relativ ausführlich beschrieben. Wenn es von Seiten der Entwickler|innen besondere Hinweise, Anregungen oder Durchführungsanweisungen gibt, werden sie an dieser Stelle ebenfalls aufgegriffen.

Wirksamkeit

An dieser Stelle wird zusammenfassend beschrieben, welche Belege - in der Regel handelt es sich um die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen - für die Wirksamkeit einer Intervention vorliegen. Die Ausführungen zu diesem Punkt sind in der Interventionsbeschreibung bewusst knapp gehalten, weil detailliertere Angaben (z.B. zu einzelnen Mess- und Auswertungsmethoden oder statistischen Größen) für die Umsetzung in der Praxis in der Regel weniger Relevanz besitzen und eine umfassende

Darstellung sich eher negativ auf die Übersichtlichkeit der Interventionsbeschreibungen ausgewirkt hätte.

Quellen

Abschließend werden die zur Aufbereitung der Intervention genutzten Quellen benannt. Neben wissenschaftlichen Beiträgen finden sich auch Hinweise zu Handbüchern, Manualen, Projektberichten oder anderen als aussagekräftig eingeschätzten Informationsquellen. Ergänzt werden diese Angaben um Kontaktinformationen zu Organisationen und Institutionen, über die Informations- und Schulungsmaterialien, in einzelnen Fällen auch Übungsmaterialien, bezogen werden können.

5 Entwicklung und Erprobung des Kurzassessmentinstruments

Ein Teilziel des Projekts bestand in der Entwicklung eines Kurzassessmentinstruments, mit dessen Hilfe die körperlichen und kognitiven Voraussetzungen der Nutzer|innen zur Teilnahme an bewegungsfördernden Interventionen ermittelt werden können. Dieses Instrument wurde parallel zur Recherche und Aufbereitung der Interventionen entwickelt und in fünf Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung auf seine Praktikabilität hin erprobt. Im Fokus standen dabei die Anwenderfreundlichkeit, der mit dem Assessment verbundene Erhebungsaufwand und der Differenzierungsgrad bzw. die Aussagekraft der einzelnen Items.

5.1 Konzeption und Ausrichtung des Instruments

Mit der Entwicklung des Kurzassessments war das Ziel verbunden, Pflegeeinrichtungen ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mit dem sie sich in strukturierter, vergleichbarer Form und bei geringem Ressourceneinsatz einen Überblick über die Beteiligungsmöglichkeiten einzelner Nutzer|innen an bewegungsfördernden Interventionen verschaffen können. Ziel war nicht die Ableitung einer Bewertung im Sinn eines Gesamtscores, sondern die Erfassung von Einzelinformationen zur Leistungsfähigkeit der Nutzer|innen, die für sich genommen zur Beurteilung der Teilnahmefähigkeit einer Person an Interventionen beitragen können. Die Instrumentenentwicklung verlief eng verschränkt mit der Recherche der Interventionen, bei der ein Fokus auf der Identifizierung bzw. Ableitung von Teilnahmevoraussetzungen lag (vgl. 4.4.2 und 4.4.3). Die dabei identifizierten Kriterien betrafen sowohl physische Fähigkeiten (z.B. die Gehfähigkeit oder die Koordinationsfähigkeit der oberen Extremitäten), als auch Aspekte, die vor allem mit der kognitiven Leistungsfähigkeit der Nutzer|innen assoziiert sind (z.B. dem Verständnis verbaler Informationen oder der Erinnerungsfähigkeit).

Auf Basis dieser Ergebnisse wurden zwölf häufig zur Einschätzung der Teilnahmefähigkeiten anwendbare Einzelkriterien zur Erprobung ausgewählt und in einem Instrument zusammengefasst, das ihre standardisierte Bewertung ermöglicht. Sieben von ihnen stehen in Zusammenhang mit den motorischen Fähigkeiten der Nutzer|innen. Dabei handelt es sich im Einzelnen um die Fähigkeiten:

- zu sitzen,
 - aufzustehen und
 - zu gehen
- sowie
- die Handkraft (Alltagsgegenstände festhalten),
 - die Beweglichkeit des Schultergelenks (Nackengriff),
 - die Feinkoordination von Arm- und Handbewegungen (Nahrung zum Mund führen) und
 - die Auge-Hand Koordination kombiniert mit Kraft und Grobkoordination der oberen Extremitäten (einen Gegenstand werfen).

Fünf weitere Kriterien betreffen die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der Nutzer|innen. Dies sind:

- die Fähigkeit, einfache mündliche Informationen zu verstehen,
- die Fähigkeit, komplexere mündliche Informationen zu verstehen,
- die Fähigkeit, einem Gespräch inhaltlich zu folgen,
- die Fähigkeit, Bewegungsabläufe nachzuahmen und
- die Fähigkeit, Gelerntes über mehrere Tage zu erinnern.

Zu jedem dieser Kriterien wurde eine Frage konzipiert, mit der die individuellen Fähigkeiten einer Person durch Pflegekräfte standardisiert eingeschätzt werden können (vgl. Abb. 2). Dabei wurde Wert auf einfache, klare Formulierungen gelegt. Zum Teil wurde dabei auf Formulierungen zurückgegriffen, die auch in anderen Assessmentinstrumenten, z.B. dem Neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBA)(Wingenfeld et al. 2008) zum Einsatz kommen und sich als gut verständlich erwiesen haben. Einzelne Fragen wurden zudem um alltagsnahe Beschreibungen und Beispiele ergänzt, die den Ratern die Interpretation der Fragen erleichtern sollten. Ergänzend wurde eine Kurzanleitung erstellt, auf die die Rater bei der Nutzung des Instruments zurückgreifen konnten.

Im Rahmen der Erprobung wurden neben der Beantwortung dieser zwölf inhaltlichen Fragen zusätzliche Angaben zu soziodemografischen Merkmalen der Bewohner|innen und der Ausfülldauer des Fragebogens erhoben, die zur Beschreibung der Stichprobe und der Einschätzung der Praktikabilität des Instruments benötigt wurden. Das bei der Erprobung verwendete Instrument inklusive dieser ergänzenden Fragen und der verwendeten Ausfüllanleitung findet sich in Anhang III im Anlagenband zu diesem Bericht.

Abbildung 2: Fragebogenitems des erprobten Kurzassessments

- 1. Ist der Bewohner in der Lage, 45 Minuten sicher auf einem Stuhl zu sitzen?**
 - ja, ohne Hilfe
 - ja, aber er benötigt eine Haltemöglichkeit (z.B. Armlehnen)
 - ja, aber er benötigt dabei Unterstützung durch eine Person (zumindest zeitweise)
 - nein, er ist dazu nicht in der Lage
- 2. Ist der Bewohner in der Lage, sicher aus einem Stuhl aufzustehen?**
 - ja, ohne Hilfe
 - ja, aber er benötigt Hilfsmittel (z.B. Rollator, Gehstock)
 - ja, aber er benötigt dabei Unterstützung durch eine Person
 - nein, er ist nicht in der Lage aufzustehen
- 3. Ist der Bewohner in der Lage, mindestens 10 Meter sicher zu gehen?**
 - ja, ohne Hilfe
 - ja, aber er benötigt Hilfsmittel (z.B. Rollator, Gehstock)
 - ja, aber er benötigt dabei Unterstützung durch eine Person
 - nein, er ist dazu nicht in der Lage
- 4. Ist der Bewohner in der Lage, Alltagsgegenstände (z.B. Wasserflasche, Buch) fest zu halten?**
 - ja nein
- 5. Ist der Bewohner in der Lage, mit mindestens einer Hand seinen Hinterkopf zu berühren?**
 - ja nein
- 6. Ist der Bewohner in der Lage, mit einem Löffel oder einer Gabel Nahrung zum Mund zu führen?**
 - ja nein
- 7. Ist der Bewohner in der Lage, einen Gegenstand (z.B. einen Ball) zu werfen?**
 - ja nein
- 8. Versteht der Bewohner einfache mündliche Aufforderungen (z.B. „Stehen Sie bitte auf“)?**
 - ja, (fast) immer überwiegend ja überwiegend nein selten/gar nicht
- 9. Versteht der Bewohner mehrschrittige mündliche Aufforderungen (z.B. „Bitte stehen Sie auf, halten Sie die Wasserflasche in die Höhe, setzen Sie sich wieder hin und geben Sie dann die Flasche Ihrem Nachbarn“)?**
 - ja, (fast) immer überwiegend ja überwiegend nein selten/gar nicht
- 10. Ist der Bewohner in der Lage, Dinge, die ihm gezeigt werden, nachzuahmen?**
 - ja, (fast) immer überwiegend ja überwiegend nein selten/gar nicht
- 11. Kann sich der Bewohner an Ereignisse oder Informationen erinnern, die einige Tage zurückliegen?**
 - ja, (fast) immer überwiegend ja überwiegend nein selten/gar nicht
- 12. Ist der Bewohner in der Lage, einem Gespräch zu folgen?**
 - ja, (fast) immer überwiegend ja überwiegend nein selten/gar nicht

5.2 Vorgehensweise

Fünf Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung erklärten sich zur Mitwirkung an der Erprobung des Kurzassessments bereit. In diesen wurde in der Zeit von Mai bis Juli 2013 bei insgesamt 394 Nutzer|inne|n eine Einschätzung mit Hilfe des Instruments vorgenommen. Erfasst wurden dabei jeweils sämtliche Bewohner|innen, die zum Erhebungszeitpunkt dauerhaft in den Einrichtungen versorgt wurden⁷.

Die Erhebungen wurden in den Einrichtungen in Form ein- bis zweistündiger Veranstaltungen organisiert. Daran beteiligt waren Pflegefachkräfte, die im Rahmen ihrer Tätigkeit regelmäßig in Kontakt mit den Nutzer|inne|n stehen und auf dieser Basis Einschätzungen zu deren Fähigkeiten treffen sollten. In den Veranstaltungen wurde zunächst das Projekt kurz vorgestellt und der Aufbau und die Items des Kurzassessmentsinstruments wurden erläutert. Im Anschluss daran füllten die Mitarbeiter|innen für die in ihrem Wohnbereich versorgten Bewohner|innen die Assessmentbögen aus⁸. Abschließend wurden die beteiligten Rater in Rahmen einer Feedbackrunde zur Verständlichkeit und dem Schwierigkeitsgrad der Fragebogenitems befragt. Insgesamt beteiligten sich 23 Pflegefachkräfte an der Erprobung.

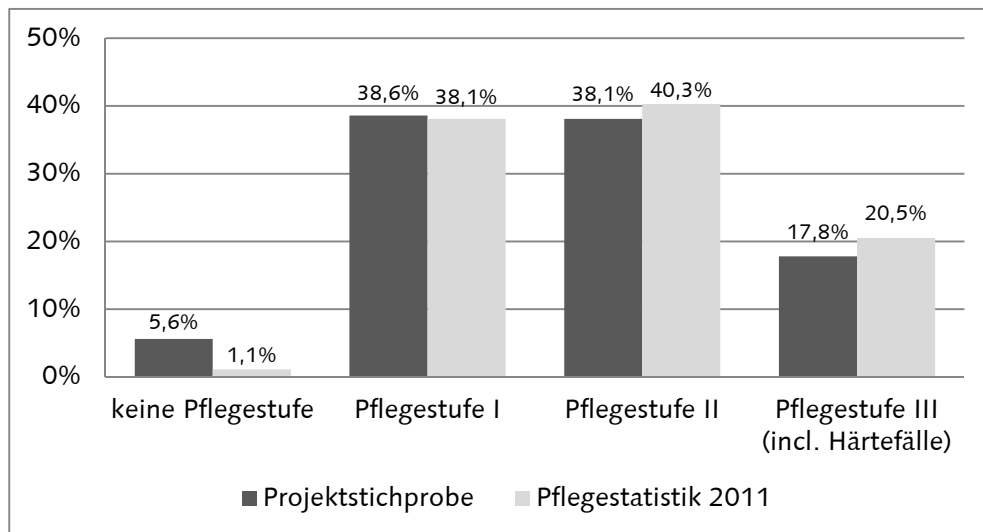
5.3 Erprobungsergebnisse

Die Zusammensetzung der Bewohnerstichprobe weicht zwar punktuell von den Durchschnittswerten der aktuellen Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2013) ab, bewegt sich aber insgesamt in für stationäre Pflegeeinrichtungen typischen Größenordnungen. Mit 65,7% lag der Anteil der weiblichen Nutzerinnen leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 74%. Hinsichtlich der Pflegestufenverteilung zeigten sich nur geringfügige Abweichungen (vgl. Abb. 3). Lediglich die Gruppe der Bewohner|innen, die bislang keiner Pflegestufe zugeordnet sind, war mit 5,6% deutlich größer als in der aktuellen Pflegestatistik (1,1%). Bei 60,2% der einbezogenen Bewohner|innen wurde im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den MDK eine eingeschränkte Alltagskompetenz attestiert. Der Altersdurchschnitt lag in der Stichprobe bei 81,8 Jahren (SD 10,5). Das Durchschnittsalter der weiblichen Nutzerinnen (84,2 Jahre, SD 9,9) lag deutlich über dem der männlichen Nutzer (77,1 Jahre, SD 10,0).

⁷ Die Erhebung der Bewohnerdaten erfolgte anonymisiert. Um die vollständige Erfassung aller Bewohner einer Einrichtung zu garantieren, wurden die Assessmentbögen von den Mitarbeiter|inne|n zunächst mit dem Bewohnernamen versehen. Dieser wurde jedoch, bevor die Bögen an den Projektmitarbeiter zurückgegeben wurden, wieder entfernt.

⁸ Lediglich in einer Einrichtung wurden die Assessmentbögen aus organisatorischen Gründen erst in den Tagen nach der Veranstaltung ausgefüllt.

Abbildung 3: Bewohneranteile nach Pflegestufen im Vergleich zur Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013), n=394



Das Feedback der 23 beteiligten Pflegefachkräfte war mit Blick auf die Verständlichkeit und den Schwierigkeitsgrad des Kurzassessments ausgesprochen positiv. Es ergaben sich für keinen der Rater Probleme bei der Beantwortung der einzelnen Fragen. Allerdings wiesen einige von ihnen darauf hin, dass die Beurteilung einzelner Items ohne die vorab erfolgte Einweisung bzw. die ihnen zur Verfügung stehende Ausfüllanleitung problematischer gewesen wäre.

Der mit der Durchführung des Kurzassessments verbundene Zeitaufwand erwies sich als überschaubar. In der Mehrzahl der Fälle benötigten die Rater nur rund eine Minute zum Ausfüllen des Bogens, in einem Drittel etwa zwei Minuten. Lediglich in 18 Fällen waren dazu drei Minuten nötig. Längere Ausfülldauern waren nicht zu verzeichnen (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Zeitaufwand zur Durchführung des Kurzassessments (n=394)

Zeitaufwand	Häufigkeit	Anteil
ca. 1 Minute	245	62,2%
ca. 2 Minuten	131	33,2%
ca. 3 Minuten	18	4,6%

Zweck der Erprobung war es auch, zu überprüfen, ob sich mit Hilfe der verwendeten Einzelitems tatsächlich Unterschiede bei der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit der Nutzer|innen identifizieren lassen. Hinweise darauf lassen sich aus der Verteilung der Antworten zu einem Item gewinnen: Sämtliche Antwortklassen sollten mit substanzieller Häufigkeit besetzt sein, also nicht nur in Ausnahmefällen Relevanz besitzen. Dies war bei allen erprobten Einzelfragen der Fall, wie die nachfolgend dargestellten Daten zeigen.

Die Ergebnisse zu den Items eins bis drei (vgl. Tab. 4) verdeutlichen, dass innerhalb der Stichprobe ein deutliches Gefälle zwischen den Fähigkeiten zu sitzen, aufzustehen und zu gehen besteht. Während der größte

Teil der Bewohner|innen (74,1%) über die für nahezu alle Interventionen grundlegende Fähigkeit selbständig zu sitzen verfügt, ist die Gruppe derjenigen, die selbständig aufstehen können, mit 51% bereits deutlich kleiner. Rund einem Viertel der Nutzer|innen ist das Aufstehen jedoch zumindest mit personeller Unterstützung möglich (was bei der Umsetzung von Interventionen jedoch das Einplanen entsprechender Ressourcen voraussetzt). Viele Interventionen setzen bei den Teilnehmer|inne|n die Fähigkeit, selbständig zu gehen, voraus. Wie die Daten zeigen, verfügen darüber nur rund die Hälfte der einbezogenen Bewohner|innen. Die Daten zu den Fragen eins bis drei liefern im Abgleich mit den Interventionsbeschreibungen also bereits wichtige Hinweise darauf, ob eine Person über die grundlegenden körperlichen Fähigkeiten zur Teilnahme an einer Intervention verfügt bzw. inwieweit zusätzliche personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Tabelle 4: Fähigkeiten und Unabhängigkeit der Bewohner|innen beim Sitzen, Aufstehen und Gehen (n=394), Anteile in Prozent

Der Bewohner kann ...	Sitzen	Aufstehen	Gehen
selbständig	37,8%	21,3%	14,7%
selbständig mit Hilfsmitteln	36,3%	29,7%	35,0%
mit personeller Unterstützung	8,6%	23,1%	9,9%
nein	17,3%	25,9%	40,4%

Anhand der Fragen vier bis sieben (vgl. Tab. 5) lassen sich Informationen darüber gewinnen, ob eine Person sich an einzelnen Übungen innerhalb einer Gesamtintervention beteiligen kann, bei denen die Motorik der oberen Extremitäten eine Rolle spielt. Wie sich bei der abschließenden Erstellung der Interventionsbeschreibungen zeigte, ließen sich die Items „Nackengriff“ und „Nahrung zum Mund führen“ jedoch nur schwer mit den Anforderungen der eingeschlossenen Interventionen in Verbindung setzen. Die Analyse der Assessmentdaten zeigte zudem, dass die Antworten zu diesen Items vergleichsweise stark mit den Antworten zum Item „Alltagsgegenstände festhalten“ korrelieren. So verfügen beispielsweise 98,4% der Bewohner|innen, die in der Lage sind Alltagsgegenstände festzuhalten, ebenfalls über die Fähigkeit, mit Hilfe von Besteck Nahrung zum Mund zu führen⁹. Da aus den Antworten zu den Items fünf und sechs kein substanzieller Informationsgewinn resultiert, sollten sie bei der zukünftigen Verwendung bzw. Erprobung des Assessments nicht weiter verwendet werden.

⁹ Korrelation Alltagsgegenstände festhalten/Nahrung zum Mund führen - Cramers V = 0,74 (p < 0,001); Korrelation Alltagsgegenstände festhalten/Nackengriff - Cramers V = 0,60 (p < 0,001)

Tabelle 5: Bewegungs- und Koordinationsfähigkeiten der oberen Extremitäten (n=394), Anteile in Prozent

Ist der Bewohner in der Lage ...	ja	nein
Alltagsgegenstände festzuhalten?	81,5%	18,5%
mindestens einseitig einen Nackengriff durchzuführen?	73,1%	26,9%
mit Hilfe von Besteck Nahrung zum Mund zu führen?	86,3%	13,7%
einen Gegenstand zu werfen?	73,6%	26,4%

Die Items acht bis zwölf fokussieren auf kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Nutzer|innen, die mit Blick auf die Beteiligung an bewegungsfördernden Interventionen von Bedeutung sind. Wie die Erprobungsergebnisse zeigen, sind Beeinträchtigungen der mit dem Assessment erfassten Einzelfähigkeiten unter den Bewohner|inne|n weit verbreitet und lassen sich mittels der verwendeten Antwortkategorien differenziert darstellen (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Bewohner|innen (n=394), Anteile in Prozent

Kann der Bewohner ...	ja, (fast) immer	überwiegend ja	überwiegend nein	selten/gar nicht
einfache mündliche Aufforderungen verstehen?	54,3%	26,6%	9,1%	9,9%
komplexe mündliche Aufforderungen verstehen?	23,4%	30,5%	26,6%	19,5%
Bewegungsabläufe nachahmen, zu denen er körperlich in der Lage ist?	33,8%	33,2%	19,8%	13,2%
inhaltlich einem Gespräch folgen?	27,9%	35,8%	16,5%	19,8%
Informationen über mehrere Tage erinnern?	20,9%	25,7%	23,9%	29,5%

Mit Blick auf die zur Beteiligung an bewegungsfördernden Interventionen maßgeblichen Anforderungen ist davon auszugehen, dass ein|e Nutzer|in sie erfüllt, wenn eine Fähigkeit immer oder überwiegend vorhanden ist. Vor diesem Hintergrund scheint eine Reduktion der Antwortkategorien auf zwei oder drei Antwortmöglichkeiten bei diesen Items möglich und sollte Bestandteil zukünftiger Weiterentwicklungen bzw. Praxiserprobungen sein.

In der Gesamtbetrachtung der Erprobungsergebnisse wird deutlich, dass das entwickelte Instrument sich hinsichtlich seiner Praktikabilität bewährt hat und sich der mit der Anwendung verbundene Zeitaufwand in einem überschaubaren Rahmen bewegt. Dies gilt umso mehr, wenn die Erprobungsversion des Kurzassessments wie vorgeschlagen um zwei Items gekürzt wird. Im Abgleich mit den in den Interventionsbeschreibungen hinterlegten Anforderungsprofilen lässt sich anhand der mit dem Instrument erfassten Informationen prinzipiell eine grundlegende Einschätzung der Teilnahmefähigkeit einer Person an einer bestimmten Intervention vornehmen. In den während der Erprobung durchgeführten Feedbackrun-

den signalisierten die Teilnehmer, dass sie eine derartige Verwendung des Instrumentes in der Praxis als praktikable und potenziell hilfreiche Möglichkeit sehen. Gleichwohl sollte die Effektivität dieser Vorgehensweise im Rahmen von Projekten, die sich mit der Implementierung bewegungsfördernder Interventionen befassen, weiter untersucht werden.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass das Kurzassessment zwar eine erste Einschätzung zur Teilnahmefähigkeit der Nutzer|innen an einzelnen Interventionen ermöglicht, die Einzelitems jedoch nicht sämtliche potenziell mit einer Intervention einhergehenden Anforderungen abdecken (können). Daher bedarf es, bezogen auf den konkreten Fall, immer einer weiteren Abwägung von Argumenten die für oder gegen die Teilnahme einer Person sprechen.

6 Kurzdarstellung der für die Datenbank empfohlenen Interventionen

Im Folgenden werden die zur Aufnahme in eine Datenbank oder Broschüre empfohlenen Interventionen kurz vorgestellt. Dabei wird in den Unterkapiteln bereits eine grobe Unterteilung in folgende Kategorien vorgenommen:

1. Interventionen, die sich laut Empfehlung der Entwickler|innen und/oder aufgrund ihrer Inhalte nicht für kognitiv beeinträchtigte (i.d.R. demenzerkrankte) Personen eignen,
2. Interventionen, die aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung zumindest für Menschen mit einer leichten oder mittelstarken Demenzerkrankung geeignet sein können sowie
3. Interventionen, die explizit für die Anwendung bei demenzerkrankten Menschen konzipiert wurden.

Insbesondere beim Einsatz der bedingt für demenzerkrankte Menschen geeigneten Interventionen bedarf es im Einzelfall einer sorgfältigen Abwägung der Frage, ob eine Person tatsächlich über die zur Beteiligung notwendigen Voraussetzungen verfügt. Einige Entwickler|innen der als demenzspezifisch ausgewiesenen Konzepte weisen umgekehrt darauf hin, dass ihre bei demenzerkrankten Personen erprobte Intervention auch bei kognitiv nicht beeinträchtigten Menschen eingesetzt werden kann.

6.1 Interventionen für kognitiv unbeeinträchtigte Nutzer|innen

Gruppentraining zur Förderung physischer Funktionen (Sung 2009)

Ziel dieser Intervention ist die Verbesserung körperlicher Funktionen (Balance, Beweglichkeit und Kraft) sowie die Verbesserung der mentalen Gesundheit (Steigerung des Selbstwertgefühls, Verminderung depressiver Symptome). Sie setzt sich aus einem kombinierten bewegungsfördernden Training, das 3x wöchentlich für jeweils 40 Minuten durch Physiotherapeut|inn|en angeleitet wird und einer Intervention zur Gesundheitsbildung, die alle zwei Wochen mit einem Zeitumfang von 40 Minuten angeboten wird, zusammen. Das bewegungsfördernde Training unterteilt sich in:

1. Warm up (10 Minuten),
2. Muskelstärkung (10 Minuten),
3. Übungsphase mit Musik (20 Minuten) und
4. Cool down (10 Minuten).

In den einzelnen Phasen werden mit den Teilnehmer|inne|n Ausdauer-, Muskelkraft- und Balanceübungen durchgeführt.

Die Wirksamkeit der Intervention wurde im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie überprüft (Sung 2009). Ausgewählt wurden vier Einrichtungen für betreutes Wohnen in Südkorea. Zwei der selektierten Einrichtungen wurden der Interventionsgruppe zugeordnet, während die anderen zwei Einrichtungen der Kontrollgruppe zugewiesen wurden. Eingeschlossen in die Studie wurden 40 ältere Frauen (Einschlusskriterien: älter als 65 Jahre; körperlich in der Lage selbständig zu gehen; keine Teilnahme an anderen Trainingsprogrammen in den letzten sechs Monaten;

keine kognitiven Einschränkungen). Die Ergebnisse zeigten, dass das körperliche Training die Muskelkraft (insbesondere der unteren Extremitäten) und das Gleichgewicht der Teilnehmer|innen (Durchschnittsalter 75,8 Jahre) erhöhte und sich ihre Beweglichkeit verbesserte.

Kombiniertes Krafttraining und Training funktionaler Fähigkeiten (Chin A Paw et al. 2006a)

Die Intervention zielt auf die Förderung der funktionellen Fähigkeiten zur Verbesserung der Mobilität und der Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) bei gesundheitlich fragilen Bewohner|inne|n stationärer Einrichtungen der Langzeitversorgung. Bei der Entwicklung und Erprobung wurde die Wirksamkeit unterschiedlicher Schwerpunktprogramme und auch deren kombinierte Anwendung überprüft:

1. 2x wöchentliches Krafttraining, bestehend aus warm up und Training mit Gewichten oder an Geräten,
2. 2x wöchentliches Funktionstraining, unterteilt in warm up-Phase und Trainingsphase mit Gymnastik und Bewegungsspielen sowie
3. einer Kombination beider Programme (1x wöchentlich Krafttraining und 1x wöchentlich Funktionstraining).

Die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie unter 224 Altenheimbewohner|inne|n mit einem Durchschnittsalter von 81,4 Jahren zeigen, dass die 97 Personen, die mindestens 75% aller Interventionssitzungen besuchten, sowohl in der Funktionstrainingsgruppe als auch in der kombinierten Trainingsgruppe verbesserte Fitness- und Performanzwerte aufwiesen, als die in der Kontrollgruppe (Reaktionszeit, Auge-Hand-Koordination, Flexibilität der Hüfte und Wirbelsäule, verbessertes Aufstehen, An- und Ausziehen einer Mantels) (Chin A Paw et al. 2006a). Das Krafttraining alleine hatte keine signifikanten Effekte auf die funktionalen Fähigkeiten, was laut den Autor|inn|en vermutlich auf eine zu geringe Anzahl von Trainingseinheiten zurückzuführen ist. Eine Steigerung dieses Programmteils auf ein 3x wöchentliches Training wird daher empfohlen. Allerdings hatte keine der Interventionen einen signifikanten Einfluss auf die subjektiv wahrgenommenen und selbstberichteten ADL-Einschränkungen und die allgemeinen Bewegungsgewohnheiten der Teilnehmer|innen. Dennoch kann das Training insgesamt zu effektiven Verbesserungen der für die allgemeine Mobilität benötigten Bewegungsfähigkeit führen.

MiA - Mobil im Alter (Sportbund Bielefeld 2009)

Diese Intervention zielt auf die Verbesserung der Selbständigkeit und damit die Selbstbestimmtheit bei alten und hochaltrigen Menschen. Die Zielgruppe sind u.a. Bewohner|innen von Pflege- und Alteneinrichtungen. Die Intervention ist in drei Phasen eingeteilt:

1. Begrüßung (5 Minuten),
2. Trainingsschwerpunktübungen (30 Minuten),
3. Abschluss (3 Minuten).

Die Übungen sind auf insgesamt sieben Trainingsschwerpunkte ausgerichtet. Dazu zählen die Verbesserung der Balance und Koordination, der

Beinkraft, der Arm- und Schulterkraft, der Beckenboden- und Gesäßmuskulatur, der Rumpf- und Nackenkraft, der Konzentrations- und Fingerfertigkeit und der allgemeinen Ausdauer. Zu jedem Trainingsschwerpunkt gibt es eine „Grundübung“ mit Variationen, die bei Über- oder Unterforderung der Teilnehmer|innen eingesetzt werden können. Die Intervention soll 1x bis 2x wöchentlich durchgeführt werden und hat einen Zeitumfang von rund 40 Minuten.

Das Bewegungsprogramm „MiA“ wurde im Jahre 2009 vom Stadt-sportbund Bielefeld entwickelt. Bislang steht eine wissenschaftliche Evaluation noch aus. Jedoch wurde die Intervention nach Auskunft der Entwickler|innen auf Basis sportwissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Einbeziehung von Elementen anderer, bereits evaluierter Konzepte, entwickelt.

Nintendo-Wii Bowling (Clark et al. 2012)

Ziele der Intervention sind die Aktivierung, die Reaktivierung und die Förderung von kognitiven, motorischen Fähigkeiten und des Gleichgewichts. Sie sollen insgesamt auch zu einer Verminderung des Sturzrisikos der Teilnehmer|innen führen. An der Intervention können auch Personen teilnehmen, die stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, denn Wii Bowling kann sowohl im Sitzen als auch im Stehen gespielt werden. Nach kurzer Anleitung in die Bewegungsabläufe und die Technik kann mit den einzelnen Bowlingzügen (auch ohne Supervision) trainiert werden. Die Dauer jeder Einheit kann flexibel an die Fähigkeiten der Teilnehmer|innen angepasst werden, empfohlen wird die Durchführung von wöchentlich 2 bis 3 Einheiten mit einer Dauer von jeweils 60 Minuten.

Die Wirksamkeit der Intervention wurde in einer randomisiert kontrollierten Studie bei 27 Bewohner|inne|n mit einem Durchschnittsalter von 68,6 Jahren (Wittelsberger et al. 2012) und bereits einige Jahre davor in einer Einzelfallstudie mit einer 89-jährigen Pflegeheimbewohnerin evaluiert (Clark/Kraemer 2009). Die Ergebnisse deuten auf Verbesserungen im Bereich der Kraft, der Koordination, der allgemeinen Balance und des subjektiven Gleichgewichts hin. Clark & Kraemer (2009) schreiben der Intervention daher das Potenzial zur Senkung des Sturzrisikos zu. Die Forscher beschreiben auch eine verbesserte soziale Interaktion der Altenheimbewohner|innen untereinander und große Bewegungsfreude bei der Spieldurchführung. Die Praktikabilität und Wirksamkeit der Intervention wird derzeit in weiteren Forschungs- und Praxisprojekten erprobt.

Sprunggelenkkräftigung und Gehtraining (Schoenfelder/Rubenstein 2004)

Die Intervention zielt auf die Erhaltung und/oder die Verbesserung der Gehfähigkeit und der Sprunggelenkskraft, um so das Sturzrisiko zu verringern. Sie ist für Personen im Alter von über 65 Jahren geeignet, die noch keine massiven Mobilitätseinschränkungen aufweisen. Die Intervention setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen:

1. Sprunggelenkkräftigung ggf. mit Gewichten (5-10 Minuten) und
2. Gehtraining (10 Minuten).

Die Sprunggelenkskräftigung (Aufbau eines aufrechten Standes mit gestreckten Knien; Anheben der Fersen) kann dabei als warm up für das anschließende Gehtraining gesehen werden. Bei diesem sollen die Teilnehmer|innen nach Möglichkeit 10 Minuten gehen. Ist ihnen dies nicht von Beginn an möglich, soll die Gehzeit kontinuierlich gesteigert werden, bis die 10 Minuten erreicht sind. Die Intervention sollte 3x wöchentlich durchgeführt werden.

Das Programm wurde im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wissenschaftlich begleitet und evaluiert (Schoenfelder/Rubenstein 2004). Das Durchschnittsalter der 81 beteiligten Pflegeheimbewohner|innen betrug im Mittel 84 Jahre. Im Vergleich zur Kontrollgruppe kam es bei den Teilnehmer|inne|n zu einer Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Balancefähigkeit sowie einer Reduzierung der Sturzangst. Eine Verbesserung der Balance konnte auch noch drei Monate nach Durchführung des Interventionsprogramms nachgewiesen werden.

STEP - Simplified Tai-Chi Exercise Program (Chen et al. 2006)

Ziel des Tai-Chi Trainingsprogramms ist die Verbesserung der allgemeinen körperlichen Fitness von älteren, gebrechlichen Pflegeheimbewohner|inne|n ab 65 Jahren, die von Mobilitätseinschränkungen betroffen sind. Durchgeführt werden soll sie durch zertifizierte Tai-Chi Lehrer|innen mit gerontologischen Kenntnissen. Die Intervention beinhaltet drei Phasen:

1. Aufwärmphase: Vorbereitung für Tai-Chi-Bewegungsabläufe (Hochziehen der Schulter; Schwingen der Arme; Hüft- und Beinkreisen)
2. Tai-Chi Phase: zwölf Tai-Chi Übungen
3. Abkühlungsphase: drei Übungen, um den Körper wieder zur Ruhe zu bringen.

Übungen wurden auf Basis von Gruppendiskussionen mit Pflegeheimbewohner|inne|n und professionellen Bewegungsexpert|inn|en konzipiert bzw. ausgewählt. Die Durchführung kann 3x wöchentlich für je 50 Minuten erfolgen und sollte dauerhaft als bewegungsförderndes Angebot implementiert werden.

Das Tai Chi Programm wurde wissenschaftlich untersucht und in einem Sample mit 40 älteren Personen mit Blick auf seine Wirkung auf den Blutdruck, die Hand-Greif-Kraft und die körperliche Beweglichkeit getestet (Chen et al. 2008). Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurden nach sechs Monaten eine verbesserte Hand-Greif-Kraft und eine höhere Beweglichkeit des Unterkörpers nachgewiesen. Zudem konnte ein Absinken des systolischen Blutdrucks festgestellt werden.

6.2 Intervention für Nutzer|innen mit leichten und mittelgradigen kognitiven Beeinträchtigungen

Armtraining für gehbehinderte, gebrechliche Personen (Venturelli et al. 2010)

Ziel der Intervention ist die Stärkung der Muskelkraft der oberen Extremitäten, um dadurch die ADL-Fähigkeiten der Teilnehmer|innen zu verbessern. Ein Vorteil dieser Intervention liegt darin, dass auch Personen mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen und Rollstuhlfahrer|innen an den verschiedenen Übungen teilnehmen können. Das Programm soll 3x wöchentlich über 12 Wochen durchgeführt werden. Jede Trainingseinheit dauert etwa 45 Minuten, bestehend aus Aufwärmphase (Arm- und Schultermobilisation), Zirkeltraining (Kraftübungen für die oberen Extremitäten) und Abkühlphase (Dehnungsübungen).

Die Wirksamkeit der Intervention wurde in einer randomisiert kontrollierten Studie mit 30 gebrechlichen und gehbehinderten Bewohnerinnen eines Pflegeheimes mit einem Durchschnittsalter von 84 Jahren überprüft (Venturelli et al. 2010). Nach der zwölfwöchigen Interventionsphase konnten Verbesserungen der Muskelkraft der Arme um 29% und der Schulterbeweglichkeit um 10% festgestellt werden. Auch eine verbesserte Performanz bei den Aktivitäten des täglichen Lebens um rund 77% konnte beobachtet werden. Der kognitive Status der Teilnehmerinnen blieb während des Interventionszeitraumes konstant, während sich dieser in der Kontrollgruppe verschlechterte.

Bewegt im hohen Alter: Programm zur psychomotorischen Aktivierung in Altenpflegeeinrichtungen (Tittlbach et al. 2012)

Ziel ist die Verbesserung von motorischen und kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmer|innen mit dem übergeordneten Ziel, ihre Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten zu fördern und zu erhalten. Die Intervention wurde speziell für Bewohner|innen der stationären und teilstationären Altenhilfe konzipiert. Basierend auf dem Konzept der Psychomotorik werden Kraft- und Koordinationsübungen zum Erhalt und zur Stärkung des Stütz- und Bewegungsapparates mit Gedächtnis- und Entspannungsübungen nach einer festgelegten Grundstruktur kombiniert. Die Intervention soll 2x wöchentlich mit einer Dauer von 45-60 Minuten durchgeführt werden.

Die Effekte des Trainingsprogramms auf die motorische und kognitive Funktionsfähigkeit wurden in einer kontrollierten Studie bei 44 Altenheimbewohner|inne|n untersucht (Tittlbach et al. 2007). Zielgrößen waren dabei die Koordination, Beweglichkeit und Kraft sowie kognitive Funktionen. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe konnte nach einem Zeitraum von 10 Wochen eine verbesserte Koordination, Reaktionsgeschwindigkeit, Bewegungspräzision und körperliche Beweglichkeit der Trainingsgruppe festgestellt werden. Auch kognitive Fähigkeiten wie das allgemeine Lerntempo und als situationsbezogene Grundfunktionen bezeichnete Kompetenzen (z.B. spontanes Geldzählen) wiesen Verbesserungen auf. Eine Steigerung der Muskelkraft oder eine Verbesserung der ADL konnten jedoch nicht nachgewiesen werden. Letzteres wird von den Autor|inn|en der Studie auf den ihrer Ansicht nach zu kurzen Interventionszeitraum von nur zehn Wochen zurückgeführt.

Bewegte Alten- und Pflegeheime (Dittmar/Schumann-Schmid o.J.)

Die Intervention zielt auf die Erhaltung und/oder Förderung der körperlichen Mobilität von älteren und alten Menschen. Sie wurde speziell für Alten- und Pflegeheimbewohner|innen entwickelt. Das 30minütige Trainingsprogramm gliedert sich in drei Phasen:

1. Aufwärmphase (10 Minuten): Kennenlernen der Übungsgeräte; Mobilisierung der kleinen und großen Gelenke
2. Hauptteil (15 Minuten): Übungen zur Schulung der Auge-Hand-Koordination und der Auge-Fuß-Koordination, des Gleichgewichts im Sitzen, Übungen zur Steigerung der Kraftausdauer der oberen und unteren Extremitäten
3. Ausklangphase (5 Minuten): kleine Spielformen; Gedächtnisübungen und/oder Körperwahrnehmungsübungen

Die Intervention hat eine Dauer von 30 Minuten und wird unter Anleitung einer|s Sporttrainers|Sporttrainerin und einer Pflegekraft 5x wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Monaten durchgeführt.

Im Anschluss an eine Pilotphase wurde ein optimiertes Übungsprogramm implementiert und evaluiert. Dabei zeigte sich, dass Heimbewohner|innen mit vergleichsweise guten Ausgangswerten beim kognitiven Status, der Funktion der unteren Extremitäten und höherer Mobilität unregelmäßiger teilnahmen und ihr Leistungsniveau sich innerhalb der Interventionsphase nicht verbesserte, zum Teil sogar sank. Teilnehmer|innen mit schlechteren Ausgangswerten nahmen regelmäßiger teil und hielten oder erhöhten ihr Leistungsniveau innerhalb der Interventionsphase von sechs Monaten. Das Programm erwies sich aus Sicht der Entwickler|innen als effektiv und praktikabel.

Fit für 100 (Deutsche Sporthochschule Köln o.J.)

Ziel der Intervention sind der Erhalt und der Wiederaufbau alltagsrelevanter Bewegungskompetenzen, die für die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Mobilität von Pflegebedürftigen von Bedeutung sind. Sie basiert auf Übungen, die auf ein alltagsnahes Training der großen Muskelgruppen abzielen (z.B. durch Gehen, Bücken, Aufstehen, Hinsetzen, Tragen von Gegenständen, Anziehen von Kleidungsstücken) und wird ergänzt durch spezifische Koordinations-, Gleichgewichts- und Kraftübungen (z.B. leichte Kniebeugen, Auf- und Absetzen von Fersen, Nachahmen von Flügelschlägen). Die Intervention sollte 2x wöchentlich für ca. 60 Minuten durchgeführt werden.

Die Intervention wurde in einer Längsschnittstudie in insgesamt neun Pflege- und Altenheimen auf ihre Effektivität untersucht (Brach et al. 2009). Einbezogen wurden Männer und Frauen über 80 Jahre, die mit oder ohne Unterstützung für eine Weile stehen können. Laut den Ergebnissen der Untersuchung können durch das Training positive Effekte auf die Bein- und Handkraft, die Schulterbeweglichkeit, die Rumpfflexibilität und das Gleichgewicht erzielt werden. Auch die Beweglichkeit des Rumpfes, die Standstabilität und die koordinativen Fähigkeiten der Teilnehmer|innen verbesserten sich. Bei demenziell erkrankten Teilnehmer|inne|n konnten die ADL-Fähigkeiten, gemessen anhand des Barthels-

Index, und die kognitiven Kompetenzen über den Interventionszeitraum stabil gehalten werden. Weitere positive Effekte, die auf das Bewegungsprogramm zurückgeführt werden, sind ein verbessertes subjektives Wohlbefinden sowie eine verbesserte Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes. Es wurde auch eine verbesserte Kommunikation der teilnehmenden Heimbewohner|innen untereinander sowie eine Ausweitung bzw. Intensivierung von sozialen Kontakten beobachtet. Aufgrund der positiven Resonanz aus den beteiligten Einrichtungen und den positiven Effekten der Intervention wird die Projektidee des „fit für 100“-Programms auf neue Zielgruppen ausgeweitet (Projekt „NADiA“ - Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz, <http://www.nadia-projekt.de>). Zu diesem Projekt liegen allerdings noch keine Evaluationsergebnisse vor.

WEBB - Weight Bearing Exercise for better Balance (Sherrington et al. 2008)

Das WEBB Programm zielt auf die Förderung der Gleichgewichtsfähigkeit, der Muskelkraft und der Ausdauerfähigkeit der Teilnehmer|innen. In jeder Einheit, unterteilt in Aufwärmphase, Koordinationsphase, Kraft- und Koordinationsübungen sowie Ausdauerphase, werden insgesamt 9-11 Übungen durchgeführt. Die Übungsintensität wird unter Einschätzung einer physiotherapeutisch ausgebildeten Person individuell festgelegt. Die Übungen werden jeweils 3-5x wöchentlich für 45-60 Minuten durchgeführt.

Die Wirksamkeit der Intervention wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie bei 240 älteren Personen (Durchschnittsalter 83,3) ohne schwerwiegende kognitive Einschränkungen überprüft (Fairhall et al. 2012). Der Studienzeitraum betrug zwölf Monate. Die Wirksamkeit der Intervention wurde an den Zielgrößen Gebrechlichkeitsstatus, Mobilitätsstatus, Hospitalisierungshäufigkeit, ADL-Kompetenzen, Lebensqualität, Sturzrisiko, Ausüben sozialer Rollen, Sturzhäufigkeit und Mortalität überprüft. In der Untersuchung konnten bei der Interventionsgruppe verbesserte Werte bei den gemeinsam mit den betreuenden Physiotherapeut|inn|en festgelegten persönlichen Interventionszielen erreicht werden. Bezogen auf die Mobilität erhöhte sich bei den Interventionsteilnehmer|inne|n die Ganggeschwindigkeit, der persönliche Lebensraum im Haus (life space) sowie das selbstempfundene allgemeine Aktivitätslevel. Die Zufriedenheit und die Fähigkeit, das eigene Haus zu verlassen, verbesserten sich hingegen nicht.

HIFE - High Intensity Functional Exercise Program (Littbrand et al. o.J.)

Ziel der Intervention ist die Verbesserung des Gleichgewichts und der Gehfähigkeit. Die Intervention ist für alte und hochaltrige Personen mit fragiler Gesundheit, eingeschränkter Mobilität, beeinträchtigtem physischen Status und/oder ADL-Einschränkungen geeignet. Die Teilnehmer|innen werden entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit vor Beginn des Trainingsprogramms in drei unterschiedliche Gruppen eingeteilt. Insgesamt besteht die Intervention aus 41 einzelnen Übungen, die sich fünf Kategorien zuordnen lassen:

1. Statische und dynamische Gleichgewichtsübungen bei gleichzeitiger Kräftigung der unteren Extremitäten,
2. dynamische Gleichgewichtsübungen beim Laufen,
3. statische und dynamische Gleichgewichtsübungen im Stehen,
4. Krafttraining der unteren Extremitäten bei kontinuierlicher Gleichgewichtsunterstützung sowie
5. Gehen mit kontinuierlicher Gleichgewichtsunterstützung.

Jedes Training beginnt mit einer Aufwärmphase, nach der die Haupttrainingsphase mit unterschiedlichen Übungen anschließt. Die Dauer der Intervention beträgt 45 Minuten, sie sollte 2x wöchentlich durchgeführt werden.

Die Intervention wurde in mehreren randomisiert kontrollierten Evaluationsstudien untersucht (Littbrand et al. 2006; Littbrand et al. 2011; Rosendahl et al. 2006). Deren Ergebnisse zeigen, dass die Intervention für Menschen mit und ohne demenzielle Erkrankung einsetzbar ist und auch langfristig die Muskulatur, den Gleichgewichtssinn und die Gangfähigkeit der Teilnehmer|innen stärkt. Zudem konnte eine geringere Abnahme der innerräumlichen Mobilität in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Aus hohen Teilnehmeraten wird auf eine hohe Akzeptanz der Intervention unter Pflegeheimbewohner|inne|n geschlossen.

PATRAS - Paderborner Trainingsprogramm für Senioren (Möllenhoff et al. 2005)

Ziel des Trainingsprogramms ist der Erhalt bzw. die Verbesserung der Alltagsmobilität der Teilnehmer|innen. Die Intervention wurde speziell für ältere Menschen entwickelt und so konzipiert, dass auch kognitiv beeinträchtigte Personen davon profitieren können. Teilnahmevoraussetzung ist, dass die Teilnehmer|innen einfache Übungen, ggf. mit Unterstützung, nachahmen können. Die Intervention ist auch für Rollstuhlfahrer|innen oder in ihrer Mobilität stark beeinträchtigte Personen geeignet. Ihr Aufbau gliedert sich in 5 Bestandteile:

1. Erwärmung,
2. Koordinationsübungen,
3. Kernkräftigungsübungen,
4. Übungen mit Kleingeräten sowie
5. Durchführung von Bewegungsspielen.

Die Dauer der 2x wöchentlich stattfindenden Sitzungen beträgt 60 Minuten. Das Kräftigungstraining sollte mit der Unterstützung zweier Übungsleiter|innen durchgeführt werden.

Das Programm wurde im Rahmen einer theoriegeleiteten Feldbeobachtung im Längsschnittdesign untersucht. Über einen 16-wöchigen Trainingszeitraum trug die Intervention dazu bei, die Alltagsmobilität der Bewohner|innen zu verbessern. Sie führt zu einer Leistungsverbesserung vor allem bei der maximalen Gehgeschwindigkeit und der Fähigkeit des wiederholten Aufstehens und Hinsetzens. Ebenso konnte eine Zunahme der maximalen Handkraft sowie eine Steigerung der Maximalkraft der Fußextensoren verzeichnet werden. Zudem schätzten die Teilnehmer|innen ih-

ren Gesundheitszustand nach der Intervention besser ein als vorher und bewerteten die Durchführung von Alltagsaktivitäten als leichter.

SimA-P - Selbständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner (Oswald et al. 2007)

Ziel des ursprünglichen Programms (SimA-Basic) ist die Erhaltung und Verbesserung geistiger und körperlicher Fitness von Personen über 50 Jahren. Diese Intervention wurde inhaltlich angepasst, bei Pflegeheimbewohner|inne|n erprobt und unter dem Namen SiMA-P publiziert. Sie beinhaltet ergänzende Gedächtnisübungen (sich an Details erinnern, Schrift auf dem Kopf lesen, zwei Buchstaben suchen, Farb-Worte, Übungen zur Wahrnehmungsbereitschaft und -fähigkeit wie Ertasten von Gegenständen) und psychomotorische Übungen (im Stehen als auch im Sitzen Luftballon-Übungen, Fingerspiele, Übungen mit der Stofftasche, Gleichgewichtsübungen). Die Einheiten sind wie folgt aufgebaut:

1. Übungen zur körperlichen Aktivierung (20 Minuten),
2. Übungen zur kognitiven Aktivierung (20-30 Minuten) sowie
3. Entspannungsphase (10 Minuten).

Die Inhalte der Intervention werden im Rahmen eines 14-Tage-Programms geplant und durchgeführt, die tägliche Dauer beträgt 40-50 Minuten. Laut den Entwickler|inne|n der Intervention ist eine tägliche Teilnahme möglich. Die Intervention soll von Ergotherapeut|inn|en oder Fachkräften mit speziellen SimA-Fortbildungen begleitet werden.

In einem begleitenden Forschungsprojekt mit 294 Pflegeheimbewohner|inne|n im Alter von 70-99 Jahren wurden Verbesserungen der Selbständigkeit, der kognitiven Leistungen, der allgemeinen Gesundheit und der demenziellen Symptomatik im Vergleich zu einer Kontrollgruppe erzielt (Oswald et al. 2006).

Aktiv in jedem Alter - Ulmer Modell (Lindemann 2009)

Zielt auf die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit dem Fokus auf Kraft und Balance ab. Übergeordnetes Ziel ist die Reduktion der Sturzgefahr von älteren und gebrechlichen Pflegeheimbewohner|inne|n. Dieses Ziel wird über zwei Bausteine der Intervention verfolgt:

1. Gruppentrainingsprogramm (bestehend aus Kraft- und Balancetraining sowie Information und Schulung von Heimmitarbeiter|inne|n), welches zusätzlich über ein individuelles Eigenübungsprogramm erweitert werden kann.
2. Pflegebegleitende Maßnahmen (Einsatz von Hüftprotektoren, Schaffen einer sicheren Umgebung mit dem Fokus auf Beleuchtung, geeignete Betthöhe, Standort von Rollatoren und Rollstühlen, festes Schuhwerk als Teil pflegerischer Verantwortung und Sturzdokumentation über standardisierte Bögen).

Die Übungen des Gruppentrainingsprogramms, das 2x wöchentlich für 60 Minuten durchgeführt werden sollte, teilen sich auf in Gleichgewichts- und Koordinationsübungen (15-20 Minuten), Kraftübungen (25-30 Minuten) sowie Beweglichkeits- und Muskeltonustraining (5-10 Minuten) im Sitzen und Stehen.

Die Intervention wurde von 1998 bis Anfang 2001 in mehreren Alten- und Pflegeheimen erprobt und evaluiert. Die Ergebnisse zeigten, dass die Intervention zur Förderung der Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen beitragen kann. Beobachtet wurden beispielsweise Verbesserungen der Gehgeschwindigkeit, der Balance und der Fähigkeit aufzustehen (Becker et al. 2003). Darüber hinaus trug die Intervention auch zur Verringerung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen bei den Heimbewohner|inne|n bei: Im Untersuchungszeitraum konnte die Sturzhäufigkeit um mehr als 40% reduziert werden. Auch ein Rückgang schwerwiegender Verletzungen als Sturzfolge von rund 30% konnte beobachtet werden. Dabei zeigte sich, dass die Personen, die in der Vergangenheit mehrfach stürzten, besonders vom den Programm profitierten.

6.3 Speziell für demenzerkrankte Nutzer|innen konzipierte Interventionen

Hochintensives bewegungsförderndes Gruppentraining für demenzerkrankte ältere Menschen (Netz et al. 2007)

Ziel des bewegungsfördernden Gruppentrainings ist die Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit und funktionalen Mobilität von demenzerkrankten Personen. Besonders geeignet ist diese Intervention auch für kognitiv stark beeinträchtigte Personen. Nach einer Aufwärmphase führen die Teilnehmer|innen eine Reihe an Beweglichkeits-, Kraft-, und Koordinationsübungen der oberen und unteren Extremitäten durch. Anschließend erfolgen weitere Übungen zur Stabilisierung des Gleichgewichts und soziale Aktivitäten. Wichtig ist, dass die Interaktions- und Stehfähigkeit der Teilnehmer|innen während der Durchführung der einzelnen Übungen gewährleistet wird. Angeleitet durch Physiotherapeut|inn|en und eine Hilfskraft sollte die Intervention jeweils 2x wöchentlich für 45 Minuten über einen Mindestzeitraum von 12 Wochen angeboten werden.

Die Intervention wurde mit 29 Nutzer|inne|n einer Tagespflegeeinrichtung mit einem Durchschnittsalter von 76,9 Jahren in einer randomisierten kontrollierten Studie evaluiert (Netz et al. 2007). Die Ergebnisse zeigen, dass ca. 70% der Teilnehmer|innen bis zum Ende des Programms an den Übungen teilnahmen und 60% beinahe alle Übungen in den einzelnen Interventionseinheiten vollständig durchführten, woraus auf eine hohe Akzeptanz unter den Teilnehmer|inne|n geschlossen wird. Einige der schwer demenzerkrankten Teilnehmer|innen zeigten sogar eine besonders hohe Aktivität innerhalb der Übungseinheiten. Nach der ersten Interventionsphase von zwölf Wochen, in der die Übungen nur im Sitzen durchgeführt wurden, konnten jedoch keine Verbesserungen des funktionellen Status festgestellt werden. Nach der zweiten Interventionsphase, in der das Training ausschließlich im Stehen fortgeführt wurde, konnte eine Verbesserung der funktionalen Mobilität nachgewiesen werden. Insgesamt kommen die Forscher zu dem Schluss, dass sich die bewegungsfördernde Gruppenaktivität für die Implementation in einem Pflegesetting eignet, jedoch nur bei Durchführung der einzelnen Übungselemente im Stehen und mit geringen Pausenzeiten effektiv ist.

Kraft- und Funktionstraining bei älteren Menschen mit demenzieller Erkrankung (Schwenk et al. 2008)

Ziel des Kraft- und Funktionstrainings ist die Verbesserung der Muskelkraft und der Balancefähigkeit sowie motorisch-kognitiver Leistungen. Die Zielgruppe sind fragile ältere Menschen mit Demenz, deren Alltagsbeweglichkeit (z.B. das Gehen) gefördert werden soll. Die Intervention stützt sich auf drei Kernelemente:

1. Ein progressives Kraft- und Funktionstraining: Kräftigung von Muskelgruppen und -ketten, die für Alltagshandlungen und die Gleichgewichtskontrolle bedeutsam sind, Training der Gleichgewichtsfähigkeit, des reaktiven Bewegungsverhaltens und Durchführung motorischer Basisleistungen,
2. das Training motorisch-kognitiver Leistungen (dual-task-Leistungen): Gehen wird mit kognitiven Aufgaben kombiniert und parallel trainiert,
3. die „demenzspezifische“ Ausrichtung der Trainingseinheiten, z.B. durch die häufige Wiederholung motorischer Bewegungen und den Einsatz demenzspezifischer verbaler und non-verbaler Techniken.

Empfohlen wird, die Intervention 2x wöchentlich durchzuführen, die zeitliche Dauer beträgt 120 Minuten.

Das Bewegungsprogramm wurde in einer randomisiert kontrollierten Studie am Geriatrischen Zentrum an der Universität Heidelberg mit 122 demenzerkrankten Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 82 Jahren wissenschaftlich evaluiert (Schwenk 2011). Erste Ergebnisse zeigen, dass sich durch die Teilnahme am Trainingsprogramm sowohl motorische als auch funktionale Kompetenzen der Teilnehmer|innen signifikant verbessern. Neben der Steigerung der Muskelkraft von oberen und unteren Extremitäten konnten auch die allgemeine Balance, das Gehen, das Aufstehen, das Treppensteigen sowie die allgemeine Bewegungsqualität gefördert werden. Gleichzeitig wurden auch signifikante Verbesserungen motorisch-kognitiver Komplexleistungen nachgewiesen. Alle Trainingseffekte waren auch noch drei Monate nach Beendigung des Trainingsprogramms zu beobachten. Das Training gilt insgesamt als sicher für demenzerkrankte Personen; im gesamten Beobachtungszeitraum wurden keine trainingsspezifischen negativen Effekte festgestellt.

MAKS - motorisches, alltagspraktisches und kognitives Aktivierungstraining (Eichenseer/Gräbel 2011)

Ziel der Intervention ist die Förderung der geistigen, körperlichen und seelischen Fähigkeiten von Demenzkranken sowie die Verbesserung von alltagspraktischen Fähigkeiten und der Selbständigkeit. Sie richtet sich an Bewohner|innen stationärer Pflegeeinrichtungen mit leichten bis mittelgradigen kognitiven Einschränkungen. Bei dieser Intervention werden Module der Psychomotorik, der Alltagspraxis, der Kognition und der Spiritualität in fünf Phasen kombiniert:

1. spirituelle Einstimmung (10 Minuten)
2. psychomotorische Aktivierung (30 Minuten),
3. Pause (10 Minuten),
4. kognitive Aktivierung (30 Minuten),
5. alltagspraktische Aktivierung (40 Minuten).

Die tägliche Dauer der Intervention umfasst rund 2 Stunden, das Programm sollte 6x wöchentlich angeboten werden.

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wurde über einen Zeitraum von zwölf Monaten die Effektivität der MAKS Therapie bei 96 Demenzerkrankten mit einem Durchschnittsalter von 85,1 Jahren in fünf deutschen Pflegeheimen untersucht (Eichenseer/Gräbel 2011). Bei regelmäßiger Teilnahme zeigte sich eine Stabilisation der Denkfähigkeit und insbesondere der alltagspraktischen Fähigkeiten. Des Weiteren kam es zu einer Verringerung demenztypischer Verhaltensauffälligkeiten, und der Vermeidung depressiver Symptome bei den Übungsteilnehmer|inne|n. Die positiven Effekte zeigten sich nur bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer, nicht aber bei schwerer Demenz.

Physisches Balancetraining für Demenzerkrankte (Toulotte et al. 2003)

Ziel des physischen Balancetrainings ist die Förderung der Balance- und Gleichgewichtsfähigkeiten, was auch zu einer verminderten Sturzhäufigkeit beitragen soll. Die Intervention richtet sich speziell an gebrechliche, pflegebedürftige und demenzerkrankte ältere Personen. Die einzelnen Einheiten der Intervention bestehen aus Übungen zur Muskelkraftstärkung, zur Förderung der Wahrnehmung von Körperbewegungen und Verbesserung der statischen und dynamischen Balance. Sie erfolgen unter Zuhilfenahme verschiedener Trainingsgeräte und Übungsmaterialien (z.B. Gehbarren, Gymnastikbälle, Therabänder). Empfohlen wird die Durchführung 45minütiger Einheiten 2x wöchentlich über einen Mindestzeitraum von 16 Wochen.

Die Intervention wurde in einer randomisiert kontrollierten Studie evaluiert (Toulotte et al. 2003). Es wurden insgesamt 20 demenziell erkrankte Personen einbezogen, deren Durchschnittsalter bei 81,4 Jahren lag und die im Mittel einen MMSE-Score (Mini Mental State Examination) von 16,5, d.h. eine mittelgradige Demenz, aufwiesen. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe (n=10) konnten bei der Trainingsgruppe (n=10) nach einem Trainingszeitraum von 16 Wochen Verbesserungen beim Gehen, bei der Beweglichkeit und der statischen Balance nachgewiesen werden. Keiner der Trainingsteilnehmer|innen stürzte im Studienzeitraum, während dies bei den Personen der Kontrollgruppe rund sechsmal der Fall war. Zudem konnte der kognitive Status innerhalb der Interventionsgruppe erhalten werden, die Autor|inn|en berichten auch von einer hohen Motivation der Teilnehmer|innen.

7 Diskussion und Schlussfolgerungen

Wie die Rechercheergebnisse einmal mehr bestätigen, befassen sich mittlerweile zahlreiche wissenschaftliche Studien, aber auch Praxis- und Modellprojekte mit den Potenzialen und Möglichkeiten bewegungsfördernder Konzepte und Strategien bei alten und hochaltrigen Menschen. Die Mehrzahl wissenschaftlicher Studien bestätigt dabei, dass die Förderung individueller Bewegungskompetenzen bis ins hohe Alter zu einem Gewinn an körperlicher Gesundheit beitragen kann; ebenso, dass psychische und soziale Faktoren positiv beeinflusst werden können.

Richtet man den Fokus der Betrachtungen auf Interventionen bzw. Untersuchungen, die sich gezielt mit der Gruppe der Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgungseinrichtungen beschäftigen, nimmt die Zahl der identifizierbaren Ansätze bereits deutlich ab. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass in den vergangenen Jahren auch die Zahl der (wissenschaftlichen) Projekte zugenommen hat, die diese Zielgruppe in den Fokus stellen. Mehrheitlich befassen sie sich mit Fragen der Anwendbarkeit und Effektivität bewegungsfördernder Interventionen bei diesen Nutzer|inne|n. Auch diese Studien kommen überwiegend zu dem Ergebnis, dass bewegungsfördernde Konzepte einen Beitrag zur Stärkung der physischen und psychischen Gesundheit leisten können.

Trotz dieser insgesamt erfreulichen Entwicklung wurden schlussendlich „nur“ 19 Interventionen zur Aufnahme in eine Datenbank oder Broschüre empfohlen. Dass sich die Zahl der als geeignet erachteten Ansätze im Verlauf der Recherche und Analyse drastisch reduzierte hat unterschiedliche Gründe:

- Zahlreiche Interventionen wurden ausgeschlossen, weil sie körperliche Fähigkeiten voraussetzen, über die die Nutzer|innen stationärer Pflegeeinrichtungen hierzulande nicht bzw. nur in seltenen Ausnahmefällen verfügen. Bei eingehender Betrachtung der (vorwiegend internationalen, englischsprachigen) Publikationen wurde deutlich, dass sich hinter den Zielgruppendefinitionen „Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgung“ oder „Pflegeheimbewohner“ eine mit Blick auf ihre Kompetenzen ausgesprochen heterogene Personengruppe verbirgt. Während in Deutschland in stationären Pflegeeinrichtungen mittlerweile nahezu ausschließlich Menschen mit zum Teil erheblichen Funktionseinbußen und dementsprechendem Unterstützungsbedarf versorgt werden, stellt sich die Situation in anderen Ländern offensichtlich anders dar. Oft werden in stationären Einrichtungen auch Menschen versorgt, die hierzulande eher in Institutionen des betreuten Wohnens oder in Seniorenwohnanlagen zu finden sind. Dementsprechend lassen sich allein auf Basis des Settings „stationäre Langzeitversorgung“ nur bedingt Rückschlüsse auf die Fähigkeiten der Nutzer|innen bzw. die Ausrichtung der in diesen Institutionen entwickelten und erprobten Interventionen ziehen - Informationen, denen mit Blick auf die Anwendbarkeit in der deutschen Langzeitversorgung jedoch hohe Bedeutung zukommt.
- Ein Großteil der recherchierten Interventionen wurde in wissenschaftlichen Studien untersucht und beschrieben. Die entsprechenden Publikationen befassen sich - ihrer Natur entsprechend - vor allem mit

methodischen Fragen und Ergebnissen zur Wirksamkeit einer Maßnahme. Es fanden sich nur wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen, die präzise und differenzierte Angaben zu Inhalten und Durchführung einer Intervention enthielten. Solche Informationen sind jedoch für die Umsetzung in die Praxis unverzichtbar. Daher wurden Nachrecherchen angestellt, die das Ziel verfolgten, in Folge wissenschaftlicher Entwicklungs- und Evaluationsprojekte konzipierte Praxisempfehlungen oder Manuale zu identifizieren. Diese führten jedoch in der überwiegenden Zahl nicht zum gewünschten Ergebnis. Das lässt vermuten, dass beim Transfer theoretischer Erkenntnisse in die Praxis erhebliche Defizite bestehen. Anders formuliert: Die theoriegestützte Entwicklung und Evaluation von Interventionen endet offenbar häufig mit der Publikation der Ergebnisse, während der Transfer und die Aufarbeitung in einer für die Praxis geeigneten Form eher die Ausnahme darstellen. Auch ein Mangel an Informationen für die praktische Durchführung stellte daher einen häufigen Ausschlussgrund dar.

- Umgekehrt wurde deutlich, dass es für die Wirksamkeit vieler in der Praxis entwickelter Interventionen keine oder nur unzureichende Nachweise gibt. In zahlreichen Fällen werden die einem Konzept zugrunde liegenden theoretischen Ansätze nicht benannt und können bestenfalls erahnt werden. Häufig werden - so der während der Recherche gewonnene Eindruck - theoriegestützt entwickelte Programme für ältere Personen, die keine gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen, übernommen und um körperlich anspruchsvolle (Teil)Übungen reduziert. Dies kann jedoch dazu führen, dass die einem Interventionskonzept zugrunde liegenden Prinzipien (z.B. das Verhältnis zwischen Kraft- und Ausdauerbelastungen) nicht mehr greifen. Streng genommen entstehen so „neue“ Interventionen, die zwar praktikabel sind, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit aber einer erneuten Überprüfung bedürfen und deren Nutzen für die Teilnehmer|innen fraglich ist.

Zusammengefasst: Für die Zielgruppe der Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgung inkompatible Anforderungsprofile und Informationslücken - teils zur Wirksamkeit, teils zur Durchführung einer Maßnahme - stellten die häufigsten Gründe dafür dar, dass Interventionen nicht zur Aufnahme in eine entsprechende Datenbank empfohlen wurden.

Nicht minder wichtig war die Erkenntnis, dass sich auch bei einem Teil der schlussendlich empfohlenen Interventionen die Sammlung notwendiger Informationen vergleichsweise aufwändig gestaltete. In manchen Fällen waren Nachfragen bei den Entwickler|inne|n notwendig oder es mussten Handbücher und Manuale angeschafft werden, um überhaupt die zur Beschreibung und Beurteilung einer Intervention notwendigen Angaben zu erlangen. Auch wenn derartige Anforderungen im Rahmen dieses Projekts gut zu bewältigen waren, dürfte der damit verbundene Aufwand für viele Pflegeeinrichtungen ein Problem darstellen und abschreckend wirken.

Auch wenn viele der bei der Recherche gefundenen Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft wurden, besteht bei der wissenschaftlichen Evaluation bewegungsfördernder Interventionen Entwicklungsbedarf:

- Viele Untersuchungen erfolgen auf der Basis eng formulierter Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnehmer|innen. Dies ist vor dem Hintergrund der Vergleichbarkeit der Teilnehmergruppen im Rahmen kontrollierter Studien nachvollziehbar, limitiert aber gleichzeitig die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine größere Nutzergruppe. Auch wenn auf diesem Wege wichtige Hinweise zur grundsätzlichen Eignung einer Intervention getroffen werden können, bedarf es doch darüber hinaus gehender Untersuchungen, die sich mit den erzielbaren Effekten in einer „normalen“ Nutzergruppe unter Realbedingungen befassen.
- Zur Überprüfung der Wirksamkeit bewegungsfördernder Interventionen werden häufig Messgrößen herangezogen, mit denen körperliche Effekte gemessen werden, deren klinische Relevanz unklar ist. So lassen eine messbar gestiegene Muskelkraft oder ein unter Testbedingungen ermittelter Zuwachs der Ausdauerleistung zwar Rückschlüsse darauf zu, dass Verbesserungen der Physis erzielt werden können. Allerdings ist auf Basis solcher Daten die Frage, ob eine Intervention einen substantiellen Beitrag zur Verbesserung der alltagsrelevanten Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen leistet, nur eingeschränkt zu beantworten.
- Zahlreiche Studien, die unter der Überschrift „Mobilitäts- und Bewegungsförderung“ firmieren, konzentrieren sich auf die Messung von Outcomes, die zwar mit der Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen in Zusammenhang stehen, jedoch keine eindeutigen Rückschlüsse auf die bewegungsfördernden Effekte einer Intervention zulassen. Ein Beispiel hierfür sind Untersuchungen, die sich einzig am Erfolgskriterium „Sturzhäufigkeit“ orientieren. Die Reduktion der Sturzgefahr ist fraglos ein wünschenswertes Ergebnis, muss aber nicht zwangsläufig mit einer Zunahme der Bewegungskompetenz der Nutzer|innen einhergehen, sondern könnte auch auf die Vermeidung von Risiken oder einen effektiveren Hilfsmitelesatz zurückzuführen sein. Daher ist es wünschenswert, neben übergeordneten Zielgrößen (hier Stürze) auch moderierende Variablen (z.B. die Bewegungsfähigkeit oder das Aktivitätslevel der Nutzer|innen) zu erfassen, um Aussagen zu den bewegungsfördernden Potenzialen einer Intervention treffen zu können.
- In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit bewegungsfördernder Interventionen stehen - auch bei Nutzer|inne|n stationärer Pflegeeinrichtungen - Zielgrößen im Mittelpunkt des Interesses, die eher die rehabilitativen Potenziale (also die Möglichkeiten zur Verbesserung der Bewegungsfähigkeit) einer Maßnahme fokussieren. Zudem werden Effekte oft am Ende eines vergleichsweise kurzen Interventionszeitraums, i.d.R. von wenigen Wochen, ermittelt. Dementsprechend finden sich kaum Aussagen zu deren Langzeitwirkung. Angesichts der vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Nutzer|innen, der Irreversibilität krankheitsbedingter Symptome und der Dauerhaftigkeit der Versorgungssituation sollten Fragen zur langfristigen Wirksamkeit von Interventionen und ihrem Potenzial, noch vorhandene Ressourcen über einen längeren Zeitverlauf zu erhalten, verstärkt in den Fokus rücken.

Erfreulicherweise konnten bei der Recherche auch Ansätze identifiziert werden, die explizit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entwickelt und auch bei ihnen erprobt wurden. Sie zeigen, dass auch für diese Nutzergruppe bewegungsfördernde Gruppeninterventionen praktikabel und gewinnbringend sind. Diese Konzepte zeichnen sich dadurch aus, dass von vornherein versucht wurde, die Komplexität einzelner Übungen gering zu halten, in hohem Maße alltagsnahe und biografieorientierte Elemente zu integrieren und bei der Informationsvermittlung stärker auf Modell- und Imitationslernen zu setzen, als dies bei Interventionen für kognitiv unbeeinträchtigte Nutzer|innen der Fall ist. Allerdings gehen damit auch Anforderungen, wie die Bildung überschaubar großer Gruppen und ggf. die Bereitstellung zusätzlichen Personals einher, die für die Einrichtungen mit einem größeren Ressourceneinsatz verbunden sind, was angesichts der personellen Situation in der stationären Langzeitversorgung nicht immer leicht zu realisieren sein dürfte.

Auch wenn sich ein Teil der Interventionen an Nutzer|innen mit erheblichen Mobilitätsbeeinträchtigungen (z.B. Personen, die nicht mehr aufstehen oder gehen können) richtet, ist zu konstatieren, dass für körperlich hochgradig eingeschränkte Nutzer|innen, z.B. bettlägerige Personen, keine erprobten und evaluierten Ansätze identifiziert werden konnten. Dies dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass sich die Durchführung von Gruppeninterventionen organisatorisch schwierig und angesichts des Unterstützungsbedarfs dieses Personenkreises auch sehr personalintensiv gestalten würde. Gleichwohl verfügen auch diese Nutzer|innen über Bewegungspotenziale, die für sie im Alltag wichtig sind und die der Förderung bedürfen. Dafür scheinen, so das Ergebnis der Recherche, derzeit nur individuell ausgerichtete Einzelinterventionen zur Verfügung zu stehen.

Die ausführlichen Beschreibungen zu den aufgearbeiteten Interventionen (vgl. Anhang I des Anlagenbandes) bieten Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung in Kombination mit dem entwickelten Kurzassessment die Möglichkeit, sich mit überschaubarem Aufwand einen Überblick über bewegungsfördernde Ansätze zu verschaffen, die theoretisch fundiert sind und dem Bedarf und den Potenzialen ihrer Nutzer|innen entsprechen. Gleichzeitig beinhalten die Interventionsdarstellungen Informationen und Hinweise, die zur Identifizierung der angesprochenen Bewohnergruppe und zur Abschätzung des mit der Umsetzung einer Maßnahme verbundenen Aufwands genutzt werden können. Allerdings wird anhand der Inhalte auch deutlich, dass die Implementation der Interventionen keineswegs banal ist, vorausschauend geplant werden muss und für viele Pflegeeinrichtungen mit dem Einsatz zusätzlicher Ressourcen verbunden sein dürfte, denn:

- Die Umsetzung vieler Ansätze verlangt eine vorbereitende Qualifikation von Mitarbeiter|inne|n oder den Einsatz entsprechend qualifizierten externen Personals.
- Eine aus konzeptionellen Gründen limitierte Größe der Teilnehmerzahl kann dazu führen, dass eine Intervention in mehr als einer Gruppe angeboten werden muss, um alle Nutzer|innen zu erreichen, die potenziell profitieren könnten.
- Werden die Teilnehmer|innen anhand der Anforderungsprofile ausgewählt, hat dies vermutlich zur Folge, dass in einer Einrichtung meh-

rere verschiedene Interventionen angeboten werden müssen, wenn einer möglichst großen Zahl von Bewohner|inne|n ein adäquates Angebot gemacht werden soll.

Darüber, ob und wie stationäre Pflegeeinrichtungen mit diesen Herausforderungen umgehen und inwieweit diese und andere Probleme einer systematischen Implementation und zielkonformen Umsetzung bewegungsfördernder Ansätze in der stationären Langzeitversorgung entgegenstehen, liegen vergleichsweise wenige Erkenntnisse vor. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass viele Interventionen im Rahmen von Modellprojekten oder unter der Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen - also unter „künstlichen“ Bedingungen - erprobt und evaluiert wurden. Es ist jedoch bekannt, dass die Einführung innovativer Konzepte sich in der Praxis oftmals schwierig gestaltet und an Implementationsproblemen scheitert. Insbesondere in Deutschland fanden sich bei der Recherche einige Modellprojekte mit inhaltlich vielversprechender Ausrichtung, über deren Ergebnisse, Weiterführung und Verbreitung nach Abschluss der Modellphase nur wenige oder keine Informationen vorliegen (und über die auch durch eine Nachrecherche keine weiteren Angaben zu erhalten waren). Wissenschaftliche Untersuchungen sollten sich daher verstärkt der Frage widmen, welchen Einfluss die in Pflegeeinrichtungen herrschenden Implementationsbedingungen auf die Umsetzung bewegungsfördernder Konzepte haben und wie sie gestaltet werden müssen, um die Interventionen erfolgreich und nachhaltig in der Praxis zu verankern.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die in diesem Projekt aufgearbeiteten Interventionen zwar einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Bewegungsfähigkeit der Nutzer|innen leisten können. Sie sollten jedoch nicht als isolierte Maßnahmen, sondern als ein Beitrag zur Bewegungsförderung betrachtet werden, der in eine entsprechende Gesamtkonzeption eingebettet werden muss. Damit angesprochen ist beispielsweise die Schaffung räumlicher Rahmenbedingungen in den Einrichtungen, die es den Bewohner|inne|n erlauben, ihre Bewegungspotenziale auch im Alltag zu nutzen. Auch die Gestaltung pflegerischer Unterstützungsleistungen in einer Form, die den Nutzer|inne|n ein hohes Maß an Beteiligung ermöglicht, ist in diesem Sinne als wichtiger Beitrag zu verstehen.

Nicht zuletzt bedarf es nach wie vor auch der Neu- und Weiterentwicklung bewegungsfördernder Interventionskonzepte. Angesichts der Tatsache, dass zahlreiche Ansätze bereits Gegenstand wissenschaftlicher Evaluationsstudien waren und sich dabei als prinzipiell wirksam erwiesen haben, kann dabei zum Teil auf einen Fundus vielversprechender Interventionen zurückgegriffen werden, die der praxisgerechten Aufarbeitung harren¹⁰. Darüber hinaus ist erforderlich, sich zukünftig verstärkt der Entwicklung von Interventionen zu widmen, die sich mit den Möglichkeiten der Bewegungsförderung bei Nutzer|inne|n befassen, für die derzeit keine erprobten Ansätze zur Verfügung stehen, also für schwerst mobilitätsbeeinträchtigte und hochgradig demenzkranke Personen. Der weiteren Kon-

¹⁰ An dieser Stelle sei insbesondere auf die in Anhang II im Anlagenband dargestellten Ansätze verwiesen, von denen viele aufgrund ihrer Ausrichtung durchaus erfolgversprechend sind, zu denen aber oft keine ausreichend differenzierten Informationen zur Umsetzung oder Evidenz vorlagen.

zeptentwicklung sollte also auch zukünftig große Aufmerksamkeit zuteilwerden - eine Forderung, die auch für andere Bereiche der Langzeitversorgung zu stellen ist. Die Ergebnisse des vorgestellten Projekts bieten dafür zahlreiche Anknüpfungspunkte.

8 Literatur

- Ärztchammer Nordrheiu - Ärztchammer Nordrheiu (2006a): Gesund und mobil im Alter. Förderung von Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität - Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung. Ärztchammer Nordrheiu. Verfügbar unter: http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/sturzpraevention.pdf [29.08. 2013]
- Ärztchammer Nordrheiu - Ärztchammer Nordrheiu (2006b): Förderung von Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität - Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung. Düsseldorf: Ärztchammer Nordrheiu. Verfügbar unter: <http://www.aekno.de/downloads/aekno/sturzpraevention.pdf> [29.08. 2013]
- Baum, E.E./Jarjoura, D./Polen, A.E./Faur, D./Rutecki, G. (2003): Effectiveness of a Group Exercise Program in a Long-Term Care Facility: A Randomized Pilot Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 4, Nr. 2, 74-80
- Becker, C./Kron, M./Lindemann, U./Sturm, E./Eichner, B./Walter-Jung, B./Nikolaus, T. (2003): Effectiveness of a Multifaceted Intervention on Falls in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, Nr. 3, 306-313
- Brach, M./Nieder, F./Nieder, U./Mechling, H. (2009): Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: A multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. *BMC Geriatrics*, Nr. 9, 51
- Carpenter, G.I./Hastie, C.L./Morris, J.N./Fries, B.E./Ankri, J. (2006): Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatrics*, Nr. 6, 7
- Chen, K.M./Chen, W.T./Huang, M.F. (2006): Development of the simplified Tai Chi exercise program (STEP) for frail older adults. *Complementary Therapies in Medicine* 14, Nr. 3, 200-206
- Chen, K.M./Lin, J.N./Lin, H.S./Wu, H.C./Chen, W.T./Li, C.H./Kai, L.S. (2008): The effects of a Simplified Tai-Chi Exercise Program (STEP) on the physical health of older adults living in long-term care facilities: a single group design with multiple time points. *International Journal of Nursing Studies* 45, Nr. 4, 501-507
- Chin A Paw, M.J./van Poppel, M.N./van Mechelen, W. (2006a): Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, Nr. 6, 9
- Chin A Paw, M.J.M./Van Poppel, M.N.M./Twisk, J., W.R./Van Mechelen, W. (2006b): Once a week not enough, twice a week not feasible? A randomised controlled exercise trial in long-term care facilities. *Patient Education and Counseling* 63, Nr. 1-2, 205-214

- Clark, I.N./Taylor, N.F./Baker, F.A. (2012): Music interventions and physical activity in older adults: a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine* 44, Nr. 9, 710-719
- Clark, R./Kraemer, T. (2009): Clinical Use of Nintendo Wii(TM) Bowling Simulation to Decrease Fall Risk in an Elderly Resident of a Nursing Home: A Case Report. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 32, Nr. 4, 174-180
- Deutsche Sporthochschule Köln (o.J.): fit für 100. Förderung der Mobilität und Selbständigkeit für Hochaltrige. Praxisleitfaden zur Einrichtung von Bewegungsangeboten für alle Bereiche der Altenhilfe. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2010a): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2010b): Literaturanalyse zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung - vorläufige Version. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2006): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Dittmar, M./Schumann-Schmid, B. - Institut für Sportwissenschaft und Institut für Anthropologie, Universität Mainz (o.J.): Bewegte Alten- und Pflegeheime. Institut für Sportwissenschaft und Institut für Anthropologie, Universität Mainz. Verfügbar unter: <http://www.mamp.uni-mainz.de/102.php> [29.08.2013]
- Eichenseer, B./Gräbel, E. (2011): Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz: motorisch - alltagspraktisch - kognitiv - spirituell. München: Elsevier Verlag
- Fairhall, N./Sherrington, C./Kurrle, S./Lord, S./Lockwood, K./Cameron, I. (2012): Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people: a randomised controlled trial. *BMC Medicine* 10, Nr. 120, 1-13
- Gogulla, S./Lemke, N./Hauer, K. (2012): Effekte körperlicher Aktivität und körperlichen Trainings auf den psychischen Status bei älteren Menschen mit und ohne kognitive Schädigung *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45, Nr. 4, 279-289
- Heinze, C. (2008): Sturzereignisse. In: Dassen, T. (Hg.): Prävalenzerhebung 2008: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Berlin: Charité - Institut für Medizin- / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Horn, A./Schaeffer, D. (2011): Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

- Horn, A./Schaeffer, D. (2013): Bewegungsförderung im hohen Alter und in der Langzeitversorgung. In: Burger, S. (Hg.): Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 153-174
- Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D. (2012): Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In: Geuter, G./Hollederer, A. (Hg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Huber, 305-318
- Kerse, N./Peri, K./Rosinson, E./Wilkinson, T./von Randow, M./Kiata, L./Parsons, J./Latham Nancy, K./Parsons, M./Willingale, J./Brown, P./Arroll, B. (2008): Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. *BMJ* 337, Nr. 7675, 912-918
- Kleina, T./Cichocki, M./Schaeffer, D. (2013): Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern - Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. *Pflege und Gesellschaft* 18, Nr. 1, 5-19
- Kleina, T./Brause, M./Horn, A./Wingenfeld, K./Schaeffer, D. (2012): Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Kuhlmey, A. (2008): Altern - Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 85-96
- Lahmann, N. (2009): Dekubitus. In: Dassen, T. (Hg.): Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Lindemann, U. (2009): Was Sie bei der Durchführung des Kraft- und Balancetrainingsprogrammes beachten müssen. Newsletter zur Sturzprävention im Pflegeheim - Das Bayernprojekt 01/09, 1-8
- Littbrand, H./Rosendahl, E./Lindelof, N. (o.J.): The HIFE Program - The High Intensity Functional Exercise Program. Umea: Universität Umea
- Littbrand, H./Rosendahl, E./Lindelof, N./Lundin-Olsson, L./Gustafson, Y./Nyberg, L. (2006): A high-intensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily living and living in residential care facilities: evaluation of the applicability with focus on cognitive function. *Physical Therapy* 86, Nr. 4, 489-498
- Littbrand, H./Carlsson, M./Lundin-Olsson, L./Lindelöf, N./Haglin, L./Gustafson, Y./Rosendahl, E. (2011): Effect of High-Intensity Functional Exercise Program on Functional Balance: Preplanned Subgroup analyses of a Randomized Controlled Trial in Residential Care Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 59, Nr. 7, 1274-1282
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien - MDK-Anleitung - Transparenzvereinbarung. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

- Mitchell, G.J. (1995): Quality-of-Life - Intimacy in the Nurse Person Process. Nursing science quarterly 8, Nr. 3, 102-103
- Möllenhoff, H./Weiß, M./Heseker, H. (Hg.) (2005): Muskelkräftigung für Senioren - Ein Trainingsprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der Mobilität. Hamburg: Behr's Verlag
- Mozley, C., Sutcliffe, C., Bagley, H., Cordingley, L., Challis, D., Huxley, P., Burns, A. (2004): Towards quality care: outcomes for older people in care homes. Aldershot: Ashgate Publishing Limited
- Netz, Y./Axelrad, S./Argov, E. (2007): Group physical activity for demented older adults - feasibility and effectiveness. Clinical Rehabilitation 21, Nr. 11, 977-986
- Oswald, W.D./Ackermann, A./Gunzelmann, T. (2006): Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19, Nr. 2, 89-101
- Oswald, W.D./Ackermann, A./Süß, B. (2007): SimA-P in Stichworten. Fürth: SimA - Akademie e.V.
- Renner, B./Staudinger, U.M. (2008): Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 193-206
- Resnick, B./Galik, E. (2007): The Reliability and Validity of the Physical Activity Survey in Long-Term-Care. Journal of Aging and physical activity 15, Nr. 4, 439-458
- Rosendahl, E./Lindelof, N./Littbrand, H./Yifter-Lindgren, E./Lundin-Olsson, L./Haglin, L./Gustafson, Y./Nyberg, L. (2006): High-intensity functional exercise program and protein-enriched energy supplement for older persons dependent in activities of daily living: a randomised controlled trial. Australian Journal of Physiotherapy 52, Nr. 2, 105-113
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, Nr. 6, 441-451
- Schäufele, M./Köhler, L./Lode, S./Weyerer, S. (2009): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W./Engels, D. (Hg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen : Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice" ; Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart: Kohlhammer, 159-221
- Schäufele, M./Bauer, A./Hendlmeier, I./Hoell, A./Weyerer, S. (2011): Schlussbericht zum Projekt Erhaltung und Förderung von Mobilität, Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Eine Evaluationsstudie zur Primärprävention in Pflegeheimen. Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

- Schmitt, S. (2011): Subjektive Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung im Alter. Dissertation
- Schneekloth, U. (2009): Privathaushalt oder Heim ? Wie leben Hilfe- und Pflegebedürftige in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativerhebungen „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ MuG I - IV. Vortrag im Deutschen Zentrum für Altersfragen, Berlin. 2. April 2009.
- Schneekloth, U./Wahl, H.W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). München: BMFSFJ
- Schneekloth, U./von Törne, I. (2009): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W./Engels, D. (Hg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen : Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice" ; Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart: Kohlhammer, 43-158
- Schneekloth, U./Wahl, H.-W./Deutschland Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend - Bundesministerium für Familie, Senioren (2008): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Befunde und Empfehlungen : Zusammenfassung ; Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren.
- Schneekloth, U./Wahl, H.-W./Engels, D. (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen : Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice" ; Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart: Kohlhammer
- Schnelle, J.F./Alessi, C.A./Simmons, S.F./Al-Samarrai, N.R./Beck, J.C./Ouslander, J.G. (2002): Translating clinical research into practice: a randomized controlled trial of exercise and incontinence care with nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 50, Nr. 9, 1476-1483
- Schoenfelder, D.P./Rubenstein, L.M. (2004): An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. Applied Nursing Research 17, Nr. 1, 21-31
- Schwenk, M. (2011): Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Verbesserung von motorischen Leistungen und Dual-Task-Leistungen bei geriatrischen Patienten mit leichter bis mittelschwerer demenzieller Erkrankung - eine randomisierte kontrollierte Studie. Dissertation
- Schwenk, M./Oster, P./Hauer, K. (2008): Kraft- und Funktionstraining bei älteren Menschen mit dementieller Erkrankung. Praxis Physiotherapie 2008, Nr. 2, 59-65

- Sherrington, C./Canning, C./Dean, C./Allen, N./Blackman, K. (2008): Weight-bearing Exercise for Better Balance (WEBB) - A challenging, safe, evidence-based physiotherapy program for older people. Verfügbar unter: http://www.webb.org.au/attachments/File/WEBB_draft_19.pdf [20.06.2013]
- Slaughter, S./Estabrooks, C. (2010): Effect of Feasible Mobility Intervention in Nursing Homes: Mobility of Vulnerable Elders (Move). *The Gerontologist* 50, Nr. 4, 437-438
- Sportbund Bielefeld (2009): MIA - Mobil im Alter. Trainingshandbuch. Bielefeld: Sportbund Bielefeld e.V.
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Sung, K. (2009): The Effects of 16-Week Group Exercise Program on Physical Function and Mental Health of Elderly Korean Women in Long-Term Assisted Living Facility. *Journal of Cardiovascular Nursing* 24, Nr. 5, 344-351
- Taguchi, N./Higaki, Y./Inoue, S./Kimura, H./Tanaka, K. (2010): Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities: an intervention study. *American Journal of Epidemiology* 20, Nr. 1, 21-29
- Tideiksaar, R. (2008): Stürze und Sturzprävention. Assessment - Prävention - Management. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Aufl. Bern: Huber
- Tittlbach, S./Binder, M./Bös, K. (2012): Bewegt im hohen Alter. Aachen: Meyer & Meyer Verlag
- Tittlbach, S./Henken, T./Lautersack, S./Bös, K. (2007): Psychomotorische Aktivierung von Bewohnern eines Altenpflegeheims. *European Journal of Geriatrics* 9, Nr. 2, 65-72
- Titze, S./Oja, P. (2012): Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. In: Geuter, G./Hollederer, A. (Hg.): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Huber, 49-63
- Toulotte, C./Fabre, C./Dangremont, B./Linsel, G./Thevenon, A. (2003): Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 32, Nr. 1, 67-73
- Varela, S./Ayán, C./Cancela, J.M./Martín, V. (2011): Effects of two different intensities of aerobic exercise on elderly people with mild cognitive impairment: a randomized pilot study. *Clinical Rehabilitation* 26, Nr. 5, 442-450
- Venturelli, M./Lanza, M./Muti, E./Schena, F. (2010): Positive Effects of Physical Training in Activity of Daily Living-Dependent Older Adults. *Experimental Aging Research* 36, Nr. 2, 190-205

- Wang, J./Kane, R.L./Eberly, L.E./Virnig, B.A./Chang, L.-H. (2009): The Effects of Resident and Nursing Home Characteristics on Activities of Daily Living. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 64A, Nr. 4, 473-480
- Westerterp, K.R./Meijer, E.P. (2001): Physical Activity and Parameters of Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56, Sonderausgabe Nr. 2, 7-12
- Wingefeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 370-381
- Wingefeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes. Bielefeld/Münster: Institut für Pflegewissenschaft (IPW), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL)
- Wingefeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D./Mehlan, S./Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Wittelsberger, R./Krug, S./Tittlbach, S./Bös, K. (2012): Auswirkungen von Nintendo-Wii Bowling auf Altenheimbewohner. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46, Nr. 5, 1-5