

Thomas Kleina

Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung –

Ergebnisse einer Analyse von Studienergebnissen und Versorgungsdaten

Mobility of users of long-term care institutions – an analysis of research results and health-care data

Due to reduced mobility users living in long-term-care institutions show an increased risk of damaging physical after-effects. Limited mobility also frequently leads to an increasing loss of their autonomy and influences their general wellbeing. In this article data collected in scientific studies and health reporting systems are summarized and analysed. The results show that the majority of users are affected by several severe mobility impairments. However, the estimation of the prevalence and progression of mobility impairment on the basis of the available data is limited. Therefore, future studies should aim to collect more differentiated information on the mobility status and its development, which can serve both as a basis for the design of interventions promotion physical activity and for reviewing their effectiveness.

Keywords

mobility, nursing home residents, long-term care

Beeinträchtigenden der Mobilität gelten als wichtige Risikofaktoren für das Auftreten gesundheitlicher Komplikation, zunehmender Autonomieverluste und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens bei den Nutzern stationärer Pflegeeinrichtungen. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und Gesundheitsberichterstattungsdaten zur Häufigkeit, Ausprägung und Entwicklung von Bewegungsbeeinträchtigungen zusammengefasst und analysiert. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein Großteil der Nutzer von Mobilitätsdefiziten verschiedenster Art und Ausprägung betroffen ist. Sie zeigen jedoch auch, dass eine Einschätzung des Vorkommens und des Verlaufs von Mobilitätsbeeinträchtigungen auf Basis der verfügbaren Daten nur bedingt möglich ist. Daher bedarf es zukünftig gezielterer, differenzierterer Untersuchungen, die sowohl als Grundlage für die Konzipierung zielgruppengerechter Angebote zur Mobilitäts- und Bewegungsförderung als auch für die Überprüfung der Wirksamkeit solcher Interventionen genutzt werden können.

Schlüsselwörter

Mobilität, Bewegungsfähigkeit, Heimbewohner, Langzeitversorgung, Pflegeheim

1. Hintergrund und Vorgehensweise

Mobilitätsbeeinträchtigungen¹ gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter (RKI 2009). Mit Blick auf die stationäre Langzeitversorgung in Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass nur ein verschwindend geringer Anteil der Nutzer nicht von ihnen betroffen ist. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. ein daraus resultierender Unterstützungsbedarf eine wesentliche Voraussetzung dafür sind, im sozialrechtlichen Sinne als pflegebedürftig anerkannt zu werden und entsprechende Leistungen zu beziehen (vgl. SGB XI §14). Der Anteil der Nutzer, bei denen eine entsprechende Pflegeeinstufung vorliegt, beläuft sich in der stationären Langzeitversorgung mittlerweile auf rund 99% (Statistisches Bundesamt 2013).

Seit langem ist bekannt, dass ein beeinträchtigter Mobilitätsstatus mit vielfältigen Komplikationen und der Gefahr gesundheitlicher Schädigungen und Belastungen einher geht. So besteht beispielsweise ein starker Zusammenhang zwischen Mobilitätsstörungen und dem Auftreten von Dekubitalgeschwüren (DNQP 2010; Fraunhofer IAO 2005; Lahmann 2009; Williams et al. 2005). Ebenso sind mobilitätsbeeinträchtigte Personen überdurchschnittlich oft von Stürzen und daraus resultierenden Folgen, z. B. Frakturen und Wunden, betroffen (Gogulla et al. 2012; Gostynski et al. 1999; Heinze 2008; Mozley 2004; Tideiksaar 2008). Auch das Auftreten von Gelenkkontrakturen ist besonders bei älteren Menschen häufig mit fortgeschrittenen Mobilitätsverlusten assoziiert (Schäufele et al. 2008; Wagner et al. 2008). Darüber hinaus beeinflussen Mobilitätseinbußen weitere Aktivitäten des täglichen Lebens und begünstigen die Manifestation oder Verstärkung funktionaler Störungen, z. B. der Urin- und Stuhlkontinenz (DNQP 2006; Wang et al. 2009; Williams et al. 2005).

Beeinträchtigungen der Mobilität sind jedoch nicht nur für die Zunahme somatischer Gesundheitsstörungen verantwortlich. Sie haben auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das 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 (Andresen et al. 1999; Yumin et al. 2011). In diesem Zusammenhang werden vor allem eine als stark empfundene Abhängigkeit von personeller Unterstützung, die damit verbundenen Einbußen an persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten, der Verlust von Intimität und ein vermindertes Selbstwertgefühl von mobilitätsbeeinträchtigten Pflegebedürftigen als belastend empfunden (Bourret et al. 2002; Mitchell 1995). Hinzu kommt, dass es mit dem Verlust von Mobilität für betroffene Personen oftmals

1 Der Mobilitätsbegriff wird im pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Kontext häufig verwendet, inhaltlich jedoch unterschiedlich interpretiert. Einige Studien bedienen sich zur Operationalisierung nur einzelner Parameter (z. B. der Gehfähigkeit), andere greifen auf ein Bündel unterschiedlich anspruchsvoller Bewegungsfähigkeiten zurück. In diesem Beitrag werden unter dem Begriff Mobilität Bewegungsfähigkeiten der Nutzer subsumiert, die für die Fortbewegung in der Pflegeeinrichtung und/oder die Durchführung alltäglicher Aktivitäten von Bedeutung sind.

schwieriger wird, soziale Kontakte zu pflegen und aufrechtzuerhalten. Nutzer stationärer Pflegeeinrichtungen messen daher dem Erhalt oder einer Verbesserung ihrer Mobilität hohe Bedeutung zu, denn sie wirkt sich in ihren Augen entscheidend darauf aus, ob sie sich auch im institutionellen Rahmen zumindest teilweise Handlungsautonomie bewahren können (Schmitt 2011).

Vor diesem Hintergrund erklärt sich, warum der Umgang mit Bewegungs- und Mobilitätsstörungen im gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Kontext hohe Bedeutung beigemessen wird. Dies drückt sich z. B. darin aus, dass der Fähigkeit sich „zu bewegen“ im Rahmen bedürfnisorientierter Pflegemodelle eine zentrale Rolle einnimmt (Isfort/Weidner 2001). Auch das Pflegeklassifikationssystem North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) greift den Mobilitätsbegriff auf und definiert beeinträchtigte körperliche Mobilität als *„Eine Einschränkung der unabhängigen, zielgerichteten physischen Bewegung des Körpers oder einer oder mehrerer Extremitäten“* (Georg 2005, S. 133), aus der sich Unterstützungsbedarf ableiten lässt.

Wie aber ist es um die Mobilität und Bewegungsfähigkeiten der Nutzer in der stationären Langzeitversorgung bestellt? Wie häufig treten einzelne Funktionsbeeinträchtigungen auf und wie groß ist die Zahl der von ihnen betroffenen Nutzer? Um diesen Fragen nachzugehen wurden deutsch- und englischsprachige pflegewissenschaftliche Publikationen der vergangenen acht Jahre nach entsprechenden Daten durchsucht. Auch einige vorab bekannte Untersuchungen älteren Datums sowie deutsche und internationale Publikationen aus der Pflege- und Gesundheitsberichterstattung wurden einbezogen. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich explizit mit der Mobilität beim Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder (z. B. nach Apoplex) befassen, da die Ergebnisse solcher Untersuchungen nicht charakteristisch für die stationäre Langzeitversorgung sind. Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser Recherche, aus denen sich Erkenntnisse zur Mobilität der Nutzer ableiten lassen, dargelegt.

2. Prävalenz von Bewegungsbeeinträchtigungen

In Deutschland wurden bislang nur wenige Untersuchungen durchgeführt, die sich explizit mit Aspekten der Mobilität oder dem daraus resultierenden Unterstützungsbedarf der Nutzer stationärer Langzeitpflege befassen und denen repräsentative Daten oder zumindest Daten größerer, für diesen Versorgungsbereich charakteristischer Stichproben zugrunde liegen. In vielen Studien stellt die Datenerhebung zu Bewegungsfähigkeiten bzw. dem Mobilitätsstatus der Nutzer nur einen Teilaspekt in einem „Gesamtpaket“ verschiedenster Erhebungsbereiche dar, was dazu führt, dass die Angaben zur Mobilität oft global und wenig differenziert ausfallen.

In der breit angelegten Untersuchung „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ aus dem Jahr 2000 wiesen lediglich 20% von 731 Bewohnern keinen Unterstützungsbedarf bei der Mobilität auf (Wingenfeld/Schnabel 2002). Dem gegenüber wurde knapp ein Drittel von ihnen (31%) als weitgehend im-

mobil identifiziert. Rund ein Drittel² der einbezogenen Bewohner waren nach Einschätzung von Pflegekräften selbständig beim Gehen, Stehen und Treppensteigen. Ein weiteres Drittel konnte diese Aktivitäten nur mit entsprechender Unterstützung durchführen, die restlichen Bewohner waren dazu grundsätzlich nicht in der Lage.

Becker et al. (2003) kamen in einer nicht repräsentativen Untersuchung unter 769 Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie stellten fest, dass zwar knapp ein Drittel von ihnen in der Lage war, sich unabhängig im eigenen Zimmer zu bewegen. Jedoch traten auch bei einem Teil dieser Bewohner Unsicherheiten beim Transfer und dem Balancegefühl auf. Nur rund ein Drittel der einbezogenen Nutzer konnte sich auch außerhalb des eigenen Zimmers unabhängig fortbewegen (vgl. Tabelle 1). Rund 70% der einbezogenen Personen waren bei der Fortbewegung auf Geh- und Bewegungshilfen angewiesen.

Item	unabhängig	teilabhängig	abhängig
Transfer	47,3%	25,1%	27,6%
Balance im Stehen	33,2%	36,9%	29,9%
Gehen im Zimmer	63,8%	10,9%	25,3%
Fortbewegung außerhalb des Zimmers	38,5%	15,7%	45,8%

Tab. 1: Abhängigkeit von Heimbewohnern bei der Mobilität (RAI 2.0 - Items) (Quelle: Becker et al. 2003)

Eine der größten in Deutschland durchgeführten Repräsentativerhebungen in Pflegeeinrichtungen stellt die 2005/2006 durchgeführte MUG IV-Studie dar (Schneekloth/Wahl 2005). Ihren Ergebnissen zufolge waren 40% der Heimbewohner nicht und 16% nur unter Schwierigkeiten in der Lage, allein in ihrem Zimmer umherzugehen (Schneekloth/von Törne 2009). Das (körperlich anspruchsvolle) Steigen von Treppen war nur 29% von ihnen möglich (Schneekloth 2009). In der gleichen Untersuchung belief sich der Anteil der Bewohner, die vollständig bettlägerig waren, auf 11%, 8% der erfassten Personen konnten ihr Bett für maximal 5 Stunden täglich verlassen³.

Im Rahmen der MUG IV Studie beschäftigte sich ein Teilprojekt zudem mit der Situation demenzkranker Nutzer (Schäufele et al. 2009). Dieser Untersuchung liegen Daten von 4481 Personen aus 58 stationären Pflegeeinrichtungen zugrunde. Die Ergebnisse decken sich, was die Eckdaten zur Mobilität der Bewohner betrifft, mit denen des Gesamtprojektes. Allerdings zeigten mit Blick auf Gehfähigkeit und Bettlägerigkeit signifikante Unterschiede zwischen demenzkranken und kognitiv nicht beein-

2 Der Bericht zum Projekt weist diese Anteile nur in einer Balkengrafik aus, aus der keine exakten Prozentanteile zu entnehmen.

3 Im Rahmen der Studie wurden zwar zur Berechnung eines ADL-Scores weitere Daten zu mobilitätsrelevanten Faktoren ermittelt, jedoch lassen sich Details dazu den Veröffentlichungen nicht entnehmen. In der 2010 durchgeführten Folgeuntersuchung (Schmidt/Schneekloth 2011) wurden keine aussagekräftigen Daten zum Mobilitäts- und Bewegungsstatus der Nutzer mehr erhoben.

trächtigten Personen. Während 67,7% der nicht Demenzkranken alleine oder mit Hilfe in der Lage waren 50 Meter zu gehen, lag dieser Anteil unter den demenzkranken Nutzern nur bei 45,6%. Der Anteil bettlägeriger Personen war mit 14,1% unter den demenzkranken Nutzern mehr als fünfmal höher als unter nicht Erkrankten.

Anhaltspunkte zum Mobilitätsstatus liefert auch eine Untersuchung unter Heimbewohnern, die im Rahmen der Evaluation eines Konzeptes zur Mobilitätsförderung bei Demenzkranken durchgeführt wurde (Schäufele et al. 2011). Bei der vorgeschalteten Basiserhebung wurden 2128 Bewohner von 27 Pflegeeinrichtungen, auch die nicht an Demenz erkrankten, auf ihre Gehfähigkeit hin eingeschätzt. Dabei zeigte sich, dass 58,5% von ihnen in der Lage waren, selbständig oder mit personeller Unterstützung 10m zu gehen.

Den Ergebnissen eines von 2008 bis 2010 durchgeführten Projekts, das sich mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für stationäre Altenhilfeeinrichtungen befasst hat (Wingenfeld et al. 2011), lassen sich ebenfalls Hinweise auf den Mobilitätsstatus der Nutzer entnehmen. Wenngleich es bei dieser Untersuchung nicht primär um die Erfassung der Bewegungsfähigkeit ging, lassen sich aus den Erhebungsdaten doch Einschätzungen zur Selbständigkeit bei der Mobilität der Nutzer gewinnen⁴. Von 1935 zu Beginn der Untersuchung einbezogenen Personen wiesen 77,5% Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in diesem Bereich auf. Bei 41,7% der Teilnehmer waren diese sogar schwerst ausgeprägt bzw. es bestand ein völliger Selbständigkeitsverlust.

Der in einem kürzlich durchgeführten Forschungsprojekt zum Gesundheitszustand von 647 Nutzern stationärer Pflegeeinrichtungen nach dem gleichen Einschätzungsverfahren ermittelte Anteil von Bewohnern mit Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Bereich Mobilität belief sich auf rund 83% (Kleina et al. 2012). Der Anteil derjenigen mit schwersten bis völligen Selbständigkeitsverlusten belief sich hier auf 49,6% (vgl. Tabelle 2).

	Bewohner (N = 648)	Anteil
selbständig	111	17,2%
geringe Beeinträchtigungen	98	15,1%
erhebliche Beeinträchtigungen	117	18,1%
schwere Beeinträchtigungen	71	11,0%
völliger/weitgehender Selbständigkeitsverlust	250	38,6%

Tab. 2: Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA), Ergebnisse des Projektes „Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe“ (Kleina et al. 2012)

⁴ Die zugrundeliegende Stichprobe wies hinsichtlich Alters-, Geschlechter- und Pflegestufenverteilung nur geringfügige Abweichungen zur Pflegestatistik 2007 auf (Wingenfeld et al. 2011) und dürfte hinsichtlich ihrer Struktur charakteristisch für die stationäre Langzeitversorgung in Deutschland sein. Ein wesentliches Merkmal dieser Untersuchung ist, dass im Gegensatz zu anderen Studien ein explizit zur Beurteilung der Mobilität der Nutzer vorgesehenes Erhebungsinstrument, das Modul „Selbständigkeit bei der Mobilität“ des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBA) (Wingenfeld et al. 2008), genutzt wurde. Zur Beurteilung der Mobilität werden dabei die Beweglichkeit im Bett, das Gleichgewicht im Sitzen, bestehende Bettlägerigkeit und die Fähigkeit einer Person, sich in ihrem Zimmer zu bewegen und Treppen zu steigen herangezogen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen ebenfalls, dass sich der Mobilitätsstatus zwischen demenzkranken und kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnern signifikant unterscheidet: Stark ausgeprägte Mobilitätseinbußen traten bei kognitiv erheblich beeinträchtigten Personen mehr als doppelt so häufig auf (Kleina et al. 2013).

Im gleichen Projekt wurden außerdem Daten zu einzelnen Bewegungsfähigkeiten der Nutzer erhoben: Von den einbezogenen Personen konnten 75,2% selbständig sitzen, 51,7% waren in der Lage, selbständig aufzustehen und 47,7% konnten selbständig eine Gehstrecke von 10 Metern zurücklegen. Auch hinsichtlich dieser Fähigkeiten wiesen demenzkranke Bewohner signifikant häufiger Funktionseinbußen auf (ebd.).

Erhebungen zur Mobilität von Heimbewohnern in Deutschland waren Gegenstand weiterer Untersuchungen, die allerdings aufgrund ihres Studiendesigns nicht geeignet sind, einen charakteristischen Eindruck über die Häufigkeit entsprechender Beeinträchtigungen unter den Nutzern zu gewinnen. Dies hat unterschiedliche Ursachen: Häufig werden Daten bei der Evaluierung therapeutischer, präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen erhoben. Dabei werden die Studienteilnehmer i. d. R. anhand vorgegebener Kriterien ausgewählt, was dazu führt, dass die Zusammensetzung der Studienpopulation nicht typisch für die stationäre Langzeitversorgung ist. In viele Untersuchungen werden beispielsweise nur Personen einbezogen, die ein definiertes Krankheitsbild aufweisen oder bei denen eine bestimmte medizinische Therapie zur Anwendung kommt. Bewohner mit Demenzerkrankungen oder bereits stärker ausgeprägten Mobilitätseinbußen werden hingegen oft systematisch ausgeschlossen, was die Aussagekraft der Studienergebnisse mit Blick auf die Gesamtsituation der Nutzer stark limitiert.

International liegen die umfassendsten und differenziertesten Daten zu Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigungen der Nutzer für die US-amerikanische stationäre Langzeitversorgung vor. Im dortigen System werden vierteljährlich umfangreiche Bewohnerdaten mit dem Resident Assessment Instrument (RAI) erhoben und zentral zusammengeführt. Diese wurden im Rahmen der Qualitätsberichterstattung bis Ende 2010 regelmäßig veröffentlicht und beruhen auf den Daten von rund 1.300.000 dauerhaft versorgten Nutzern⁵. Sie zeigen, dass Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigungen auch in der US-amerikanischen Heimversorgung eine wichtige Rolle spielen. Rund die Hälfte der erfassten Personen war auch mit Unterstützung nicht mehr in der Lage, zu gehen. Nur 15,1% von ihnen konnten selbständig in ihrem Zimmer umhergehen, 14,6% waren auch im Bett vollständig immobil (CMS.gov 2013b) (vgl. Tabelle 3). Die Daten weisen auch auf einen hohen Verbreitungsgrad von Balanceproblemen unter den Nutzern hin. An der Durchführung eines entsprechenden Tests im Stehen konnten 56,4% der Nutzer aufgrund fehlender körperlicher Voraussetzungen nicht teilnehmen, weitere 22,8% bewältigten ihn nur mit physischer Unterstützung. Lediglich 8% der Nutzer wiesen im Test keine Balancebeeinträchtigungen auf (ebd.).

⁵ Anfang 2011 wurde die Erhebungssystematik des RAI umgestellt. Aggregierte Bewohnerdaten aus den seit dem durchgeführten Erhebungen sind bislang nicht öffentlich zugänglich.

	selbständig	unter Anleitung	mit begrenzter Unterstützung	mit umfangreicher Unterstützung	komplett unselbständig	kommt nicht vor
Mobilität im Bett	19,2%	6,5%	15,3%	44,4%	14,6%	0%
Transfer	14,7%	6,9%	16,2%	40,5%	20,8%	1,0%
Gehen im eigenen Zimmer	15,1%	8,6%	14,5%	12,6%	0,4%	48,8%
Gehen auf dem Flur	12,4%	9,6%	14,6%	12,2%	0,4%	50,7%
Fortbewegung im Wohnbereich	21,8%	12,7%	15,2%	22,4%	25,7%	2,2%
Fortbewegung außerhalb des Wohnbereichs	17,6%	11,4%	13,2%	20,8%	31,0%	6,0%

Tab. 3: Ausprägung des Unterstützungsbedarfs von Heimbewohnern bei ausgewählten Mobilitätsaspekten. Daten der MDS-Erhebungen in US-amerikanischen Pflegeeinrichtungen 2010 (Quelle: CMS.gov 2013b)

Die Daten geben über den Mobilitätsstatus hinaus auch Auskunft über die Häufigkeit einzelner Bewegungseinschränkungen unter den Nutzern. So wiesen rund ein Viertel von ihnen Einschränkungen im Schulter-, Arm- oder Ellenbogenbereich auf, bei 35% bestanden Einschränkungen der Beweglichkeit von Hüfte oder Knie (vgl. Tabelle 4).

Bewegungsfähigkeit in/an:	keine Einschränkung	einseitige Einschränkung	beidseitige Einschränkung
Arm/Schulter/Ellenbogen	73,6%	14,2%	12,2%
Hand/Handgelenk/Fingern	80,0%	11,9%	8,0%
den Beinen (Hüfte/Knie)	65,1%	16,3%	18,6%
den Füßen (Sprunggelenk/Zehen)	74,6%	11,8%	13,6%

Tab. 4: Häufigkeit ausgewählter Bewegungseinschränkungen bei Heimbewohnern. Daten der MDS-Erhebungen in US-amerikanischen Pflegeeinrichtungen. 2010 (Quelle: CMS.gov 2013b)

Bei einer 2012 durchgeführten Erhebung unter 12.724 Bewohnern von Pflegeeinrichtungen eines großen privaten Trägers in Großbritannien schwankten die Anteile der Personen mit vollständiger Abhängigkeit bei der Mobilität in unterschiedlichen Altersklassen zwischen 45% und 50% (Centre for Policy on Ageing 2012). Der Anteil komplett selbständiger Nutzer schwankte, ebenfalls in Abhängigkeit vom Alter, zwischen 15% (Lebensalter 64-74) und 30% (Lebensalter 95 und älter). Ähnliche Größenordnungen wurden bereits in 2003 (Bowman et al. 2004) und 2009 (Lievesley et al. 2011) durchgeführten Untersuchungen in den Einrichtungen dieses Trägers ermittelt.

3. Veränderungen der Mobilität im Versorgungsverlauf

Einige Untersuchungen haben sich auch der Frage gewidmet, wie sich die Mobilität von Nutzern stationärer Pflegeeinrichtungen im Zeitverlauf verändert. Wie auch bei der Erfassung von Mobilitätsbeeinträchtigungen im Rahmen von Querschnittsanalysen, lassen sich deren Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Messansätze (Zeitraum, Mobilitätsdimensionen) jedoch nur bedingt vergleichen.

In Deutschland haben sich zwei aktuelle Untersuchungen mit Veränderungen der Mobilität bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen befasst. In der zuvor schon erwähnten Untersuchung von Wingenfeld et al. (2011) lag der Anteil von Nutzern mit signifikanten Mobilitätseinbußen in einem Zeitraum von sechs Monaten für kognitiv unbeeinträchtigte Personen bei 33,6%. Unter den kognitiv stärker beeinträchtigten Personen belief er sich sogar auf rund 60%. Eine weitere Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich bei 20,9% der untersuchten Pflegeheimbewohner die Mobilität nach retrospektiver Einschätzung von Pflegefachkräften über einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten verschlechterte (Kleina et al. 2012). Auch in dieser Untersuchung waren kognitiv beeinträchtigte Personen stärker von Mobilitätsverlusten betroffen.

Im US-amerikanischen Raum wird in Studien zur Mobilitätsentwicklung bei Pflegebedürftigen häufig auf die Mobilitätsitems des im Resident Assessment Instrument (RAI) verwendeten Minimum Data Sets (vgl. Brandenburg 2004) zurückgegriffen⁶. Laut einer 2001 durchgeführten Untersuchung (Richardson et al. 2001) verschlechterte sich die Mobilität in einem Zeitraum von zwölf Monaten bei rund 30% der Bewohner stationärer Einrichtungen. Bei etwa 60% von ihnen zeigten sich keine Veränderungen, nur 10% wiesen eine im Vergleich zur Ausgangslage verbesserte Mobilität auf.

Carpenter et al. (2006) untersuchten Veränderungen bei Nutzern mit kognitiven Beeinträchtigungen über einen Sechsmonatszeitraum. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich bei rund 27% der untersuchten Personen die Mobilität im Bett und bei etwa 28% von ihnen die Fähigkeit, sich im eigenen Zimmer zu bewegen, signifikant verschlechtert hatte. Hinsichtlich dieser Veränderungen zeigten sich nur unwesentliche Unterschiede zwischen Nutzern mit leichten und schwereren kognitiven Einbußen (Carpenter et al. 2006). Die aktuelle Datenbank zur Qualitätsdarstellung von Pflegeheimen in den USA weist im Landesdurchschnitt einen Anteil von 11% der Bewohner aus, die im Verlauf von drei Monaten Einbußen bei der Fähigkeit, sich in ihrem Zimmer zu bewegen, erleiden (CMS.gov 2013a). Allerdings können diese Daten nur bedingt auf die Situation in der deutschen Langzeitversorgung übertragen werden, denn die Nutzerstruktur und das Leistungsangebot stationärer Pflegeeinrichtungen in den USA sind nicht mit den hiesigen Verhältnissen vergleichbar.

6 Zur Beurteilung der Mobilität werden dabei i.d.R. die Beweglichkeit im Bett, das Gleichgewicht im Sitzen, bestehende Bettlägerigkeit und die Fähigkeit einer Person, sich in ihrem Zimmer zu bewegen herangezogen.

4. Diskussion und Fazit

Insgesamt lässt sich aus den Ergebnissen der aufgeführten Untersuchungen der Schluss ziehen, dass gravierende, für die Alltagsgestaltung und Autonomie der Nutzer relevante Beeinträchtigungen der Mobilität und der Bewegungsfähigkeiten, unter den Nutzern stationärer Langzeitversorgung in Deutschland weit verbreitet sind. Zudem sind viele von ihnen im Versorgungsverlauf von einer zunehmenden Verschlechterung ihres Mobilitätsstatus betroffen oder doch zumindest bedroht.

Allerdings wird auch deutlich, dass eine genaue Einschätzung der Häufigkeit und Ausprägung der für diese Klientel typischen Beeinträchtigungen auf Basis vorliegender Daten nur im Ansatz möglich ist. Dies ist vor allem Unterschieden bei der Erfassung mobilitätsrelevanter Faktoren zwischen den Untersuchungen, aber auch dem Fehlen aktueller repräsentativer Studien geschuldet. Bei den in den Untersuchungen beschriebenen Bewegungsbeeinträchtigungen handelt es sich zudem durchgängig um ausgeprägte Störungen, die sich auf die Möglichkeiten der Nutzer zur autonomen Gestaltung ihres Alltags und auf ihren Bedarf an pflegerischer Unterstützung auswirken. Vom Vorliegen leichter Beeinträchtigungen, so lässt sich daraus rückschließen, wird angesichts der Pflegebedürftigkeit der Nutzer ohnehin ausgegangen, ohne dies weiter zu thematisieren.

Eine wie in anderen Ländern praktizierte regelmäßige Erhebung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen von Heimbewohnern, mittels der eine aussagekräftige Datenbasis geschaffen werden könnte, findet hierzulande nicht statt. Auch die Ergebnisse der durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Rahmen der Pflegebegutachtung erhobenen Daten werden bislang nicht systematisch aufbereitet und fließen nicht in eine regelhafte Pflege- und Gesundheitsberichterstattung ein⁷.

Bei der Recherche zeigte sich, dass Informationen zu Prävalenzraten einzelner Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigungen rar sind bzw. nicht ohne weiteres erschlossen werden können. Dieser Beitrag fußt neben Daten aus Deutschland vorwiegend auf Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum. Es ist zu vermuten, dass vergleichbare Daten auch in anderen Ländern erhoben werden, die Berichterstattung über die Ergebnisse solcher Untersuchungen jedoch zumeist in der jeweiligen Landessprache erfolgt und nicht in wissenschaftlichen Datenbanken gelistet werden. Recherchen in der österreichischen und schweizerischen Gesundheitsberichterstattung waren erfolglos: Es konnten keine aktuellen, für diesen Beitrag relevante Ergebnisse gefunden werden.

Ein weiteres Manko, dass bei der Sichtung der vorgestellten Untersuchungen deutlich wurde, ist das Fehlen einer systematischen Verzahnung der Daten zu Mobilitätsbeeinträchtigungen und deren Entwicklung mit Angaben zu damit in Zusammenhang stehenden Ursachen und Risikofaktoren. Lediglich die Verknüpfung zwischen Demenzerkrankungen und Bewegungsbeeinträchtigungen wird in einigen Studien vorge-

⁷ Allerdings wäre die Aussagekraft dieser Daten hinsichtlich der Prävalenz von Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigungen ohnehin limitiert, da die Pflegebegutachtungen durch den MDK insbesondere im stationären Bereich in der Regel anlassbezogen und unregelmäßig stattfinden und primär Nutzer einbezogen werden, bei denen es zu einer Erhöhung des Pflegebedarfes gekommen ist.

nommen. Hinweise zu anderen, möglicherweise ebenfalls wichtigen Faktoren, z. B. der sozialen Einbindung der Nutzer oder ihrer Beteiligung an mobilitäts- und bewegungsfördernden Aktivitäten, finden sich kaum. Dies macht es schwierig, neben krankheitsbedingten Ursachen⁸ weitere Risikofaktoren für eine negative Entwicklung des Bewegungsstatus bei den Nutzern zu identifizieren, ihren Einfluss zu quantifizieren und sie im Rahmen der Versorgung im Sinne der Nutzer zu beeinflussen.

Zukünftige Untersuchungen sollten sich – dies dürfte deutlich geworden sein – gezielter und in differenzierter Form mit dem Mobilitätsstatus der Nutzer (nicht nur) stationärer Pflegeeinrichtungen befassen. Denn das Wissen um die Bewegungsfähigkeiten und -beeinträchtigungen stellt einen Schlüssel für die Konzipierung zielgruppen-gerechter Interventionen und auch der Überprüfung ihrer Wirksamkeit dar. Obschon sich in der Praxis mittlerweile zahlreiche Ansätze mit der Förderung von Mobilität für ältere und pflegebedürftige Personen befassen, lässt sich derzeit nur schwer abschätzen, ob mit ihnen den Fähigkeiten und dem Bedarf der Nutzer tatsächlich entsprochen wird und inwieweit sie in der Breite (und nicht nur für eine eng abgegrenzte Nutzergruppe) die erhoffte Wirkung erzielen.

Nicht zuletzt sprechen die Ergebnisse der durchgeführten Recherche dafür, das Thema Mobilität zukünftig im Rahmen einer Pflegeberichterstattung aufzugreifen. Denn die diesem Beitrag zugrunde liegenden Daten fußen auf zum Teil sehr unterschiedlichen methodischen Ansätzen, was einen Vergleich verschiedener Untersuchungsergebnisse erschwert und es nahezu unmöglich macht, die Veränderungen der Nutzerstruktur in der Langzeitversorgung über einen längeren Zeitraum nachzuzeichnen.

Literatur

- Andresen, E.M./Gravitt, G.W./Aydelotte, M.E./Podgorski, C.A. (1999): Limitations of the SF-36 in a sample of nursing home residents. In: *Age and Ageing* 28 (6), 562-566
- Becker, C./Eichner, B./Lindemann, U./Sturm, E./Rißmann, U./Kron, M./Nikolaus, T. (2003): Fähigkeiten und Einschränkungen von Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (4), 260-265
- Bourret, E.M./Bernick, L.G./Cott, C.A./Kontos, P.C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *Journal of advanced nursing* 37 (4), 338-345
- Bowman, C./Whistler, J./Ellerby, M. (2004): A national census of care home residents. *Age and Ageing* 33 (6), 561-566
- Brandenburg, H. (2004): Das Resident Assessment Instrument (RAI). Eine Chance für die Pflege in Deutschland. In: Bartholomeyczik, S./Halek, M. (Hrsg.): *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche, 69-89

⁸ Die krankheitsbedingten Ursachen von Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigungen bei pflegebedürftigen Personen sind allerdings vielfältig und oft ebenfalls nicht eindeutig zu identifizieren. Dies hat unterschiedliche Ursachen: Einerseits entstehen Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeiten oft in Folge von Erkrankungen, deren Ausprägung und Symptomatik jedoch höchst unterschiedlich ausfallen kann. So treten Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen, die ursächlich für Bewegungsbeeinträchtigungen sein können, z. B. oft, aber eben nicht zwangsläufig im Zusammenhang mit einer Apoplexie auf. Zum anderen treten bei älteren Menschen und ganz besonders bei Pflegebedürftigen oft mehrere Erkrankungen nebeneinander auf, dies macht die Zuordnung körperlicher Symptome, wie sie auch Bewegungsbeeinträchtigungen darstellen, oftmals schwierig, teils sogar unmöglich.

- 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* 6,7
- Centre for Policy on Ageing (2012): A profile of residents in Bupa care homes: results from the 2012 Bupa census. London: Centre for Policy on Ageing
- CMS.gov (2013a): MDS Quality Measure/Indicator Report. Verfügbar unter: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/MDSPubQIandResRep/qmreport.html> [Stand 2013-05-11]
- CMS.gov (2013b): MDS Active Resident Information Report. Verfügbar unter: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/MDSPubQIandResRep/activeresreport.html> [Stand 2013-05-11]
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2006): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2010): Literaturanalyse zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung – vorläufige Version. Osnabrück: DNQP
- Fraunhofer IAO (2005): Pflege ohne Druck – Dekubitus; Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und stationären Altenhilfe in Bayern. Stuttgart: Fraunhofer IAO
- Georg, J. (Hrsg.) (2005): NANDA-Pflegediagnosen : Definition und Klassifikation 2005 – 2006. Bern: Huber
- Gogulla, S./Lemke, N./Hauer, K. (2012): Effects of physical activity and physical training on the psychological status of older persons with and without cognitive impairment. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (4), 279-289
- Gostynski, M./Ajdacic-Gross, V./Gutzwiller, F./Michel, J.P./Herrmann, F. (1999): Epidemiological analysis of accidental falls by the elderly in Zurich and Geneva. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 129 (7), 270-275
- Heinze, C. (2008): Sturzereignisse. In: Dassen, T. (Hrsg.): Prävalenzerhebung 2008: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Berlin: Charité - Institut für Medizin- / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Isfort, M./Weidner, F. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Freiburg, Köln: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.
- Kleina, T./Cichocki, M./Schaeffer, D. (2013): Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern - Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. *Pflege und Gesellschaft* 18 (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)
- Lahmann, N. (2009): Dekubitus. In: Dassen, T. (Hrsg.): Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Lievesley, N./Crosby, G./Bowman, C. (2011): The changing role of care homes. London: Centre for Policy on Ageing
- Mitchell, G.J. (1995): Quality-of-Life - Intimacy in the Nurse Person Process. *Nursing science quarterly* 8 (3), 102-103
- 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
- Richardson, J./Bedard, M./Weaver, B. (2001): Changes in physical functioning in institutionalized older adults. *Diability and Rehabilitation* 23 (15), 683-689
- RKI (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut
- Schäufele, I./Hendlmeier, I./Teufel, S./Weyrer, S. (2008): Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Heidelberg: Economica

- Schäufele, M./Köhler, L./Lode, S./Weyerer, S. (2009): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U./Engels, D. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen: Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „good practice“. Weinheim: Juventa, 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
- Schmidt, M./Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin: Bundesministerium für 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./Engels, D. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen: Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „good practice“. Weinheim: Juventa, 43-158
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Tideiksaar, R. (2008): Stürze und Sturzprävention. Assessment - Prävention - Management. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber
- Wagner, L.M./Capezuti, E./Brush, B.L./Clevenger, C./Boltz, M./Renz, S. (2008): Contractures in frail nursing home residents. *Geriatr Nurs* 29, Nr. 4, 259-266
- 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 (4), 473-480
- Williams, S.W./Williams, C.S./Zimmerman, S./Sloane, P.D./Preisser, J.S./Boustani, M./Reed, P.S. (2005): Characteristics associated with mobility limitation in long-term care residents with dementia. *Gerontologist* 45 (special issue) 62-67
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Bielefeld/ Münster: Institut für Pflegewissenschaft (IPW) & Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL)
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Bielefeld/Dortmund: Institut für Pflegewissenschaften (IPW) & Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG)
- Wingenfeld, 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
- Yumin, E.T./Simsek, T.T./Sertel, M./Ozturk, A./Yumin, M. (2011): The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 52 (3), e180-184

Thomas Kleina (MPH)

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, thomas.kleina@uni-bielefeld.de

Klaus Wingenfeld

Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern

Changes of Mobility during Long-Term Care in Nursing Homes

Up to now only few studies exist which address changes of mobility of nursing home residents in Germany. This article presents the results of an analysis of data from a study enclosing 6.142 residents from 75 nursing homes. Based on these data changes of mobility are illustrated over a period of 18 months. The findings suggest that in particular cognitive impairments contribute to the risk of losing the ability to move without personal assistance. Improvements of mobility could also be observed, in some groups of the study population even to an unexpected extent. Also unexpected was a high rate of residents whose mobility was unaffected at the beginning but deteriorated during the follow up. The results of the analysis may be used to evaluate changes of mobility observed in nursing homes.

Keywords

mobility, long-term care, nursing home, trajectory analysis

In Deutschland gibt es bislang noch wenige Studien, die die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern über längere Zeiträume analysieren. Der vorliegende Beitrag stellt die Ergebnisse einer Sekundäranalyse von Daten über 6.142 Heimbewohnern aus 75 Einrichtungen dar, mit denen sich Verläufe über einen Zeitraum von 18 Monaten nachzeichnen lassen. Sie zeigen, dass insbesondere kognitiv beeinträchtigte Heimbewohner ein hohes Risiko aufweisen, im Zeitverlauf (weitere) Mobilitätsverluste zu erleben. Verbesserungen der Mobilität ließen sich ebenfalls beobachten, bei einigen Bewohnergruppen in unerwartet hohem Maße. Ebenfalls unerwartet hoch fiel der Anteil der Bewohner aus, deren Mobilität anfangs unbeeinträchtigt war, sich jedoch im Zeitverlauf ebenfalls verschlechterte. Die Ergebnisse der Analyse lassen sich nutzen, um Veränderungen der Mobilität zu bewerten, die sich bei Bewohnergruppen in der stationären Langzeitpflege beobachten lassen.

Schlüsselwörter

Mobilitätsveränderungen, stationäre Pflegeeinrichtung, Verlaufsanalyse

1. Einleitung

Mobilitätsbeeinträchtigungen bilden eine der wichtigsten Ursachen für dauerhafte Pflegebedürftigkeit. Sie gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für schwerwiegende Gesundheitsprobleme, die ihrerseits die Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung verstärken. Mobilität prägt die Gesundheitsrisiken pflegebedürftiger Menschen, ihre individuelle Lebensgestaltung und ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe

(WHO 2010). Mobilitäts-erhalt und Förderung der Mobilität sind daher pflegerische Aufgaben von besonderer Wichtigkeit. Der Umstand, dass derzeit ein neuer nationaler Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ entwickelt wird, unterstreicht die Bedeutung dieser Aufgabe.

Mobilitätsförderung ist vor allem dort eine große Herausforderung, wo es durch die Kumulation gesundheitlicher Beeinträchtigungen schwerfällt, Ansatzpunkte zur Unterstützung der Eigenaktivität des Pflegebedürftigen zu finden (Schaeffer/Büscher 2009). Dies trifft auf pflegebedürftige Menschen in der stationären Langzeitpflege ganz besonders zu. Hier bieten Multimorbidität, hohes Alter und die Verschränkung körperlicher, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen oftmals eine sehr ungünstige Grundlage für die Mobilitätsförderung. Verschiedene Studien zeigen zwar, dass starke Pflegebedürftigkeit und hohes Alter Erfolge der Mobilitätsförderung keineswegs ausschließen (Brazzelli et al. 2011; Crocker et al. 2013), aber sie dokumentieren auch, dass die Aussichten darauf zum Teil doch sehr begrenzt sind.

In Deutschland existieren bislang kaum Daten, die über die Entwicklung der Mobilität bei Heimbewohnern differenziert Auskunft geben. Dass es auf Dauer nicht oder nur bei einem kleinen Teil der Heimbewohner gelingen kann, (weitere) Mobilitätsverluste zu vermeiden, ist unbestritten. Doch in welchem Maße, über welche Zeiträume hinweg und bei welchen Personengruppen mit Mobilitätsverlusten zu rechnen ist oder auch Mobilitätsverbesserungen zu erreichen sind, lässt sich erst auf der Grundlage von Verlaufsdaten näher einschätzen.

Der vorliegende Beitrag greift diese Fragen auf und stellt solche Verlaufsdaten zur Verfügung. Er präsentiert die Ergebnisse von Datenerhebungen aus insgesamt 75 vollstationären Pflegeeinrichtungen, mit denen sich die Mobilitätsentwicklung einer Gruppe von rund 6.100 Bewohnern nachzeichnen lässt.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Stichprobe

Die Daten zur Analyse der Mobilitätsentwicklung stammen aus zwei Projekten, die im Land Nordrhein-Westfalen in Kooperation mit dem Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft durchgeführt werden. Es handelt sich um die Projekte „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (EQisA, Caritasverband für das Bistum Köln e. V.) und „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster“ (EQMS, Caritasverband für die Diözese Münster e. V.). In beiden Projekten werden seit Anfang des Jahres 2012 in regelmäßigen Abständen Erhebungen zur Beurteilung der Ergebnisqualität durchgeführt. Die Erfassung der Mobilität der Bewohner und anderer, für die Mobilitätsentwicklung relevanter Daten ist Bestandteil dieser Erhebungen.

Zu Beginn des Projekts beteiligten sich 78 Einrichtungen, Ende des Jahres 2013 waren es bereits 178. Die vorliegende Analyse beschränkt sich auf die Gruppe der Bewohner in Einrichtungen, die sich von Anfang an und kontinuierlich an den Projekten be-

teiligten. Für diese Einrichtungen liegen Daten vor, mit denen sich die Entwicklung der Mobilität über einen Zeitraum von 18 Monaten (März 2012 bis September 2013) nachzeichnen lässt. Es handelt sich um insgesamt 75 Einrichtungen. Drei der ursprünglich 78 Heime sind aus organisationsinternen Gründen ausgeschieden.

Weil die Datenerhebung u. a. eine Einschätzung verschiedener Fähigkeiten und Beeinträchtigungen vorsah, musste eine gewisse Stabilität der Versorgungssituation und ausreichende Präsenz des Bewohners gegeben sein. Neben fehlendem Einverständnis des Bewohners bzw. seiner Angehörigen oder anderer autorisierter Personen wurden daher folgende Ausschlusskriterien festgelegt:

- Kurzzeitpflege
- Einzug innerhalb der letzten drei Wochen vor dem Erhebungszeitpunkt
- Bewohner befindet sich für längere Zeit in einer stationären Krankenhausbehandlung
- Längere Abwesenheit des Bewohners aus anderen Gründen
- Bewohner befindet sich in der Sterbephase.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_0) wurde bei 6.142 Bewohnern der 75 beteiligten Einrichtungen eine gültige Mobilitätseinschätzung vorgenommen. Die Ergebnisse für diese Personengruppe bilden die Grundlage für die folgenden Analysen. Weitere rund 600 Bewohner, die zum ersten Erhebungszeitpunkt in den Einrichtungen versorgt wurden, blieben bei der Datenerfassung unberücksichtigt, weil die genannten Einschlusskriterien nicht erfüllt waren. Bei 35 Bewohnern erfolgte eine unvollständige Einschätzung der Mobilität, auch sie wurden nicht in die Datenanalyse aufgenommen.

2.2 Erhebungsinstrument

Zur Datenerfassung genutzt wurde die leicht modifizierte Version eines Erhebungsinstrumentariums, das in den Jahren 2009 und 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entwickelt worden ist (Bundesprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“) (Wingensfeld et al. 2011). Mit diesem Instrumentarium werden unter anderem Daten über den Gesundheitszustand der Bewohner, ihre funktionellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten sowie die Ausprägung verschiedener Merkmale ihrer Pflegebedürftigkeit erfasst.

Die Datenerfassung erfolgte durch Mitarbeiter der Einrichtungen, die zuvor eine Schulung zur Nutzung des Erhebungsinstrumentariums absolviert hatten. Während der Erhebungsphasen bestand außerdem die Möglichkeit, Rücksprache mit dem Projektteam zu halten.

Bestandteil des Erhebungsinstrumentariums sind mehrere Skalen des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA), das im Jahr 2008 entwickelt und bei rund 1.800 Versicherten in der ambulanten und stationären Langzeitpflege erprobt worden ist (Windeler et al. 2008). Dazu gehört auch eine Skala zur Einschätzung der Mobilität, die ins-

gesamt fünf Einzelmerkmale umfasst. Zur Darstellung des Grads der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität werden die Ergebnisse zu diesen Einzelmerkmalen in einen Score überführt (0 bis 15), der wiederum eine fünfstufige Graduierung vorsieht („keine Beeinträchtigung“ bis „weitgehender/völliger Verlust“ der Selbständigkeit – Wingensfeld et al. 2008).

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf diese Skala und somit auch auf das Verständnis von „Mobilität“, das dem NBA hinterlegt ist. Mobilität im Sinne des NBA umfasst die Selbständigkeit bei der Fortbewegung über kürzere Strecken (innerhalb der Wohnräume) und bei Lageveränderungen des Körpers. Dabei werden ausschließlich die körperlichen Fähigkeiten beurteilt, nicht kognitive Fähigkeiten (z. B. örtliche Orientierung) oder die individuelle Motivation zur Fortbewegung (ebd.). Im Fokus der Einschätzung steht die Frage nach der Abhängigkeit von Personenhilfe. Abhängigkeit von Hilfsmitteln wie Gehhilfen bleibt hingegen außer Betracht. Nicht beurteilt wird mit dem NBA die Bewegungsfähigkeit einzelner Gliedmaßen oder die Fähigkeit zur Fortbewegung außerhalb der häuslichen Umgebung.

3. Ergebnisse

3.1 Merkmale der Studienpopulation

Die Geschlechter-, Alters- und Pflegestufenverteilung in der Stichprobe spiegelt typische Strukturen der stationären Langzeitpflege in Deutschland wider. Insofern ist davon auszugehen, dass mit den Erhebungen eine weitgehend repräsentative Bewohnergruppe erfasst worden ist. 78,1% der erfassten Bewohner waren weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 83,8 Jahren, und 24,8% der Bewohner waren älter als 89 Jahre. Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung lebten die Bewohner im Durchschnitt 42,7 Monate in der Einrichtung. Der Anteil der Pflegestufe III (Tabelle 1) ist mit 20,1% fast identisch mit dem Bundesdurchschnitt des Jahres 2011 (20,4%, vgl. Statistisches Bundesamt 2013).

Die Angabe „eingeschränkte Alltagskompetenz“ im Sinne des SGB XI, die in aller Regel Ausdruck einer erheblichen Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten ist, lag bei 61,0% der Bewohner vor. Eine differenziertere Beschreibung der kognitiven Fähigkeiten erlaubt die im Rahmen der Projekte eingesetzte Skala, mit der eine Fremdeinschätzung von insgesamt elf Aspekten der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten erfolgt. Danach sind nur 22,2% der erfassten Heimbewohner als kognitiv unbeeinträchtigt anzusehen. Unter die

Kategorie „gering beeinträchtigt“ fallen weitere 13,4%. Die übrigen Bewohner – knapp 65% – wiesen erhebliche bis schwerste kognitive Einbußen auf.

3.2 Mobilität zu Beginn des Beobachtungszeitraums

Keine PS	3,4
PS I	38,4
PS II	37,7
PS III	20,1
Keine Angabe	0,4

Tab. 1: Häufigkeitsverteilung der Pflegestufen (PS) (n=6.142)

Aus verschiedenen anderen Studien ist bekannt, dass die Mehrheit der Heimbewohner von erheblichen Mobilitätsbeeinträchtigungen betroffen ist (vgl. den Beitrag von T. Kleina im vorliegenden Band). In der vorliegenden Studie zeigte sich ebenfalls eine durch starke Beeinträchtigungen gekennzeichnete Struktur der Mobilität. Wie Tabelle 2 erkennen lässt, wies nur eine Minderheit von 24,2% der Bewohner keine Abhängigkeit von Personenhilfe in den fünf relevanten Dimensionen der Mobilität auf. Bei weiteren 19,6% lag eine geringe Beeinträchtigung vor. In diesen Fällen waren jeweils nur einzelne Fähigkeiten von Einbußen betroffen, zumeist die Fähigkeit, Treppen zu steigen. Das Treppensteigen bringt von den fünf berücksichtigten Aktivitäten die größten Anforderungen an Muskelkraft, Bewegungskoordination, Balance und andere für die Fortbewegung relevante Ressourcen mit sich. Dementsprechend liegt der Anteil der hierbei selbständigen Bewohner mit Abstand niedriger als bei den übrigen vier Aktivitäten (Tabelle 3).

Mobilitätsbeeinträchtigungen stehen bei vielen Bewohnern in engem Zusammenhang

Keine Beeinträchtigung (selbständig)	24,2
Geringe Beeinträchtigung	19,6
Erhebliche Beeinträchtigung	14,8
Schwere Beeinträchtigung	11,8
Weitgehender/vollständiger Verlust der Selbständigkeit	29,7

Tab. 2: Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität zum Zeitpunkt t0 (N=6.142, Prozentangaben)

Positionswechsel im Bett	58,5
Stabile Sitzposition halten	64,1
Aufstehen aus sitzender Position / sich umsetzen	45,8
Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs	47,9
Treppensteigen	14,1

Tab. 3: Anteil der selbständigen Bewohner bei fünf Merkmalen der Mobilität zum Zeitpunkt t0 (N=6.142, Prozentangaben)

mit kognitiven Einbußen. So gehen im Verlauf des Fortschreitens demenzieller Erkrankungen, die in den meisten Fällen für die kognitiven Einbußen bei Heimbewohnern verantwortlich sind, auch die körperlichen Fähigkeiten immer mehr verloren. Tabelle 4 veranschaulicht diesen Zusammenhang. Sie stellt den Grad der Mobilitätsbeeinträchtigungen für zwei Bewohnergruppen dar: (1) für Bewohner ohne kognitive Beeinträchtigungen und (2) für Bewohner mit dem höchsten Grad kognitiver Beeinträchtigungen, d. h. mit weitgehendem Verlust der kognitiven Fähigkeiten. Im Falle der Bewohner ohne kognitive Einbußen war nur bei einer kleinen Minderheit (5,5%) ein weitgehender oder vollständiger Verlust der Mobilität feststellbar, während der entsprechende Anteil bei Bewohnern mit schwersten kognitiven Beeinträchtigungen bei 60,9% lag.

Selbständigkeit im Bereich der Mobilität	Bewohner ohne kognitive Einbußen		Bewohner mit weitgehendem Verlust kognitiver Fähigkeiten	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Keine Beeinträchtigung (selbständig)	588	43,2	231	10,3
Geringe Beeinträchtigung	416	30,6	176	7,9
Erhebliche Beeinträchtigung	182	13,4	194	8,7
Schwere Beeinträchtigung	100	7,3	275	12,3
Weitgehender/vollständiger Verlust der Selbständigkeit	75	5,5	1.362	60,9
Insgesamt	1.361	100,0	2.238	100,0

Tab. 4: Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität in Abhängigkeit von kognitiven Einbußen (bei t0)

3.3 Veränderungen der Mobilität

Im Abstand von jeweils sechs Monaten wurden zu drei weiteren Zeitpunkten (t1, t2, t3) die gleichen Daten erfasst, die bereits zu t0 erhoben worden waren. Damit lassen sich Veränderungen der Mobilität über einen Zeitraum von insgesamt 18 Monaten (März 2012 bis September 2013) abbilden. Eine Veränderung gilt als gegeben, wenn sich die Selbständigkeit bei der Mobilität zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten um mindestens eine Stufe in der oben dargestellten fünfstufigen Graduierung unterscheidet (z. B. „erhebliche Beeinträchtigung“ zu t0 und „schwere Beeinträchtigung“ zu t3).

Zum letzten Erhebungszeitpunkt t3 konnten 3.782 der ursprünglich 6.142 Bewohner in die Datenerhebungen einbezogen werden. Dies entspricht einem Anteil von 61,6%. Rund 2.300 Bewohner waren inzwischen verstorben, zum Teil bereits vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt. Vereinzelt kam es auch zu Auszügen. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass einzelne Bewohner während der letzten Erhebungsphase für längere Zeit im Krankenhaus behandelt wurden oder sich in der Sterbephase befanden und aus diesen Gründen nicht in die Erhebung einbezogen wurden.

Bei der Analyse von Veränderungen der Mobilität muss der Ausgangsstatus berücksichtigt werden. Bei unbeeinträchtigten Bewohnern kann sich die Mobilität nur verschlechtern oder unverändert bleiben, und auch bei den am schwersten beeinträchtigten Bewohnern sind Veränderungen nur in eine Richtung denkbar. Die nachfolgende Tabelle 5 unterscheidet daher anhand der oben genannten Skala fünf Personengruppen.

Zu einem Verlust an Selbständigkeit im Bereich der Mobilität kam es bei insgesamt 31,3% der Bewohner. Bei 42,8% der Bewohner, die zunächst keine Beeinträchtigungen aufwiesen bzw. als selbständig eingestuft wurden, hatte sich die Mobilität nach 18 Monaten verringert, in knapp der Hälfte der Fälle sogar um mindestens zwei Stufen. Bei weitgehend/vollständig immobilten Bewohnern waren erwartungsgemäß nur selten Veränderungen feststellbar, in 92,6% der Fälle blieb der Grad der Selbständigkeit unverändert. Bei allen anderen Gruppen bewegt sich der Anteil der Bewohner mit ver-

Selbständigkeit im Bereich der Mobilität bei t0	n	erhöht	verringert	unverändert
1. Keine Beeinträchtigung (selbständig)	1.068	–	42,8	57,2
2. Geringe Beeinträchtigung	833	14,4	39,5	46,1
3. Erhebliche Beeinträchtigung	556	20,9	42,1	37,1
4. Schwere Beeinträchtigung	416	23,3	39,7	37,0
5. Weitgehender/vollständiger Verlust der Selbständigkeit	909	7,4	–	92,6
Insgesamt	3.782	10,6	31,3	58,1

Tab. 5: Veränderungen der Mobilität innerhalb von 18 Monaten (t0 - t3, Prozentangaben)

ringere Mobilität in einem Bereich von 39% bis 43% und damit in einer sehr ähnlichen Größenordnung.

Bei drei der fünf unterschiedenen Gruppen zeigen sich außerdem Mobilitätsverbesserungen (jeweils in einem Bereich von 14% bis 24%). Diese Beobachtung unterstreicht noch einmal, dass trotz der schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die bei Heimbewohnern in der Regel vorliegen, auch Potenzial zur Verbesserung der Selbständigkeit existiert. Bezogen auf die Gesamtstichprobe war bei 10,6% der Bewohner eine Mobilitätsverbesserung feststellbar.

3.4 Einflussfaktoren

Weitergehende Auswertungen zeigen, dass die Chancen für den Erhalt der Mobilität insbesondere von den kognitiven Fähigkeiten abhängen. Um diesen Zusammenhang zu verdeutlichen, wurden die Veränderungen der Mobilität erneut getrennt für zwei Bewohnergruppen ermittelt: (1) für Bewohner, die bei t0 keine oder nur geringe Beeinträchtigungen der Kognition aufwiesen, und (2) für Bewohner mit mindestens erheblichen Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten. Weitgehend oder vollständig immobile Bewohner blieben bei diesen Berechnungen außer Betracht. Das Ergebnis zeigt Tabelle 6.

Kognitive Fähigkeiten bei t0	Selbständigkeit im Bereich der Mobilität			
	n	erhöht	verringert	unverändert
Keine oder geringe Beeinträchtigung	1.442	11,6	34,5	53,9
Mindestens erhebliche Beeinträchtigung	1.431	11,6	48,0	40,4

Tab. 6: Kognitive Fähigkeiten und Veränderungen der Mobilität innerhalb von 18 Monaten (t0 - t3, Prozentangaben)

Danach liegt die Wahrscheinlichkeit, (weitere) Mobilitätseinbußen zu erleiden, bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern höher als bei Bewohnern, bei denen keine oder nur geringe Beeinträchtigungen dieser Art vorliegen. Andere personenbezogene Merkmale scheinen dagegen kaum Einfluss auszuüben. Geprüft wurde beispielsweise, ob ein Zusammenhang zwischen Mobilitätsverlust einerseits und Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Verweildauer und ausgewählten Erkrankungen andererseits besteht. Bis auf

Merkmale, die wiederum eng mit kognitiven Beeinträchtigungen verknüpft sind („eingeschränkte Alltagskompetenz“, Diagnose „Demenz“, Pflegestufe III), zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang.

Die Bedingungen und Faktoren, die bei einem Mobilitätsverlust von Bedeutung sind, lassen sich anhand der verfügbaren Daten nicht vollständig aufklären. Die Daten können allerdings eine Antwort auf die Frage geben, ob Mobilitätsverlust in einem Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsereignissen und Sturzverletzungen steht.

Bei Bewohnern mit Mobilitätsverlusten kam es im Verlauf der 18 Monate überdurchschnittlich häufig zu einem schwerwiegenden Krankheitsereignis, das einen nachhaltigen Einfluss auf die Mobilität gehabt haben könnte. Angesprochen sind damit insbesondere Schlaganfälle, Frakturen und Herzinfarkte, aber auch andere gravierende Ereignisse wie Amputationen oder Infektionen mit langwierigen Krankenhausaufenthalten. Die Rate liegt mit 13,9% der Fälle mehr als drei Mal so hoch wie der entsprechende Anteil bei Bewohnern ohne Mobilitätsverlust (4,0%). Auch bei der Frage nach gravierenden Sturzfolgen – Sturzverletzungen, die eine dauerhafte Beeinträchtigung mit sich bringen – sind Unterschiede sichtbar. 28,9% der Bewohner mit Mobilitätsverlust haben während des Beobachtungszeitraums eine solche Sturzfolge erlebt. Bei den übrigen Bewohnern liegt der Anteil signifikant niedriger bei 16,4%. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass im Falle der Sturzfolgen die Richtung des Zusammenhangs nicht eindeutig bestimmbar ist. Eine erhöhte Häufigkeit von Stürzen und Sturzverletzungen kann ggf. auch die Folge einer Verschlechterung der Mobilität sein.

3.5 Verlaufsmuster

Bei der Interpretation der oben dargestellten Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sie sich auf Bewohner mit 18 Monaten Beobachtungsdauer beziehen, also Bewohner mit verhältnismäßig langen Verweilzeiten, die vermutlich von etwas weniger gravierenden Gesundheitsproblemen betroffen waren als andere. Die in der Stichprobe zum Zeitpunkt t0 berücksichtigten Bewohner, die im Verlauf der 18 Monate verstarben, wiesen im Gesamtbild stärker ausgeprägte Gesundheitsstörungen auf. Bei dieser Bewohnergruppe lagen zum Zeitpunkt t0 im Durchschnitt höhere Pflegestufen, stärkere kognitive Einbußen und auch eine stärker beeinträchtigte Mobilität vor. Deshalb ist es wahrscheinlich, dass sie häufiger einen Fähigkeitsverlust erlebten als andere Bewohner.

Dies lässt sich anhand des Vergleichs der Veränderungen von t0 zu t1 nachweisen. Verglichen werden hierbei (1) Bewohner, die zum Ende der Erhebungen noch in der Einrichtung lebten, und (2) jene Bewohnern, die zwischen dem zweiten und vierten Erhebungszeitpunkt aus der Untersuchung ausschieden (d. h. überwiegend verstarben). In der zuletzt genannten Gruppe belief sich der Anteil der Bewohner, die zwischen t0 und t1, also im Verlauf von sechs Monaten, einen Mobilitätsverlust erlebten, auf 36,7% (n=938). In der anderen Bewohnergruppe lag er deutlich niedriger bei 24,5% (n=2.767). Weitgehend immobile Bewohner blieben bei diesen Zahlen wieder außer Betracht.

Die Interpretation von Daten zu Mobilitätsveränderungen verlangt also eine differenzierte Vorgehensweise unter Berücksichtigung der hohen Mortalität bzw. der geringen Verweilzeiten einiger Bewohnergruppen. Je länger der Beobachtungszeitraum, umso stärker wird das tatsächliche Ausmaß des Mobilitätsverlustes unterschätzt. Nach den vorliegenden Daten ist es empfehlenswert, Veränderungen in dem verhältnismäßig kurzen Zeitraum von sechs Monaten mit einzubeziehen.

Vor diesem Hintergrund sind auch Verlaufsmuster der Mobilität von Interesse. Bei rund 50% der Bewohner mit einer Verschlechterung der Mobilität trat diese Verschlechterung nur in geringem Maße auf. Die Selbständigkeit im Bereich der Mobilität veränderte sich irgendwann im Verlauf der 18 Monate Beobachtungszeit um einen Grad auf der fünfstufigen Skala. Bei weiteren 33% trat eine eher sprunghafte und erhebliche Verschlechterung auf (Veränderung um mindestens zwei Grade), wie sie für ein schwerwiegendes Krankheitsereignis charakteristisch ist. Bei 17,5% der Bewohner schließlich, bei denen sich Verschlechterungen ergaben, traten diese zwar ebenfalls in erheblichem Maße auf, allerdings nicht plötzlich, sondern in Form einer stetigen Verschlechterung, die sich über mindestens ein Jahr hinzog.

Die Bewohner mit einer unveränderten Mobilität zeigen größtenteils einen sehr stabilen Status. Bei 75% der Personen in dieser Gruppe traten im Verlauf keine Schwankungen auf, und bei den meisten anderen handelte es sich um nur geringe Schwankungen. Verläufe, die nach einem erheblichen Mobilitätsverlust allmählich wieder zum Ausgangsstatus zurückführen, kommen zwar vor, sind aber eine seltene Ausnahme.

Ähnliche Muster zeigen sich bei Bewohnern mit Mobilitätsverbesserungen. Auch hier überwiegen mit 75% der Fälle Verläufe, die wenige Schwankungen erkennen lassen und nur zu einer leichten Verbesserung der Mobilität (um einen Grad auf der fünfstufigen Skala) führen.

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Heimbewohner weisen nicht nur gravierende Beeinträchtigungen der Mobilität auf, sondern tragen auch ein hohes Risiko, innerhalb eines kurzen Zeitraums weitere Mobilitätsverluste zu erleiden. Den Erhebungsergebnissen zufolge verschlechtert sich die Mobilität innerhalb von 18 Monaten bei rund 40% der Bewohner, die zunächst noch über gewisse Bewegungsfähigkeiten verfügen und daher nicht als weitgehend oder vollständig unselbständig im Bereich der Mobilität anzusehen sind. Mit dieser Rate wird das Ausmaß der tatsächlichen Mobilitätseinbußen unter den Bewohnern insgesamt unterschätzt, da Bewohner, die während des Beobachtungszeitraums verstarben und daher nicht in die Berechnungen eingingen, im Vorfeld überdurchschnittlich häufig eine Verschlechterung der Mobilität aufwiesen.

Daneben gibt es eine große Personengruppe, deren Fähigkeiten bereits so stark beeinträchtigt sind, dass sie sich nicht mehr nennenswert verschlechtern können. Dies trifft nach den vorliegenden Ergebnissen auf knapp 30% der Heimbewohner zu. Häu-

fig handelt es sich dabei um Bewohner, deren kognitive Fähigkeiten ebenfalls starke Beeinträchtigungen zeigen.

Eine andere wichtige Gruppe bilden Bewohner, die anfangs noch keinerlei Mobilitätsbeeinträchtigungen aufweisen (24% aller Bewohner zu t0). Auch in dieser Gruppe kam es im Verlauf der Studie zu Einbußen der Bewegungsfähigkeit, und zwar mit einer Häufigkeit, die sich von anderen beeinträchtigten Bewohnern kaum unterscheidet. Diese Übereinstimmung ist eher überraschend. Anhand der erhobenen Daten ließen sich keine Anhaltspunkte finden, die zu ihrer Erklärung hätten beitragen können.

Dies verweist auf eine generelle Begrenzung der vorliegenden Analyse. Aus den Daten lässt sich nur punktuell ableiten, welche Faktoren für Mobilitätseinbußen verantwortlich gemacht werden können und inwieweit die Entwicklung der Mobilität, wie sie sich in den Daten darstellt, bereits durch mobilitätsfördernde Maßnahmen in den Einrichtungen beeinflusst worden ist. Bewegungsförderung ist seit langem Bestandteil des Versorgungsalltags in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Allerdings deuten Studien darauf hin, dass sie vielfach noch unsystematisch erfolgt (Horn/Schaefer 2013). Es liegen keine belastbaren Daten über ihre Effekte vor. Auch im vorliegenden Datensatz fehlt die Möglichkeit einer Unterscheidung von Bewohnergruppen, die regelmäßig eine entsprechende Unterstützung erhalten bzw. nicht erhalten haben.

Es lassen sich lediglich einige Faktoren identifizieren, die kurz- und mittelfristige Verläufe beeinflussen. Bewohner mit kognitiven Einbußen zeigen im Zeitverlauf häufiger als andere Bewohner eine Verschlechterung der Mobilität. Auch schwerwiegende Krankheitsereignisse und gravierende Sturzverletzungen spielen eine Rolle, allerdings nicht bei der Mehrheit der Bewohner. Zusammenhänge mit anderen Merkmalen, die in keinem Zusammenhang mit diesen Faktoren stehen, konnten nicht identifiziert werden.

Soweit frühere Studien vergleichbare Erhebungsmethoden und Fragestellungen aufgriffen, zeigen sie ähnliche Ergebnisse. Eigene Untersuchungen mit dem gleichen Erhebungsinstrumentarium (aber kleinerer Stichprobe und geringerer Beobachtungsdauer) hatten bereits darauf hingewiesen, dass Mobilitätsverluste bei Heimbewohnern innerhalb von sechs Monaten in hohem Maße auftreten und das entsprechende Risiko stark vom Grad der kognitiven Beeinträchtigung abhängt (Wingenfeld et al. 2011). Vergleiche mit anderen Untersuchungen, denen eine andere Definition von Mobilität zugrunde liegt, sind nur eingeschränkt möglich. Teilweise wird in Studien bereits dann von einer Mobilitätsbeeinträchtigung ausgegangen, wenn der Bewohner eine Aktivität nur verlangsamt oder unter Nutzung von Hilfsmitteln durchführen kann (vgl. z. B. Schneekloth/Wahl 2009). Andere Studien haben, je nach Instrument, lediglich kurzfristige Veränderungen der Bewegungsfähigkeit zum Gegenstand.

Für Bemühungen um den Erhalt und die Förderung von Mobilität haben die vorliegenden Ergebnisse verschiedene Implikationen. Sie dokumentieren zunächst einmal, dass trotz der meist starken Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit von Heimbewohnern nicht nur ein Erhalt, sondern auch eine Verbesserung der Mobilität in rele-

vantem Umfang möglich ist. Eine solche Verbesserung (innerhalb von 18 Monaten) konnte bei manchen Bewohnergruppen in über 20% der Fälle festgestellt werden.

Die Ergebnisse verweisen außerdem darauf, dass entsprechende mobilitätsfördernde Maßnahmen zielgruppenspezifisch ausgerichtet und auf die jeweiligen Kompetenzprofile der Heimbewohner abgestimmt sein müssen. Besondere Aufmerksamkeit verlangt die Gruppe der kognitiv beeinträchtigten Bewohner, denn sie sind von Mobilitätsverlusten stärker betroffen als andere Bewohner. Mobilitätsfördernde Maßnahmen stellen hier allerdings eine besondere Herausforderung dar, da sie auf die kognitiv bedingte Begrenzung der Eigenaktivität dieser Bewohner zugeschnitten sein müssen. Zudem sind mobilitätsfördernde Maßnahmen in diesem Fall fast immer nur unter ständiger Anleitung durchführbar (vgl. Littbrand et al. 2011). Konzepte beispielsweise, die vom Adressaten nach dessen Einweisung in ein Übungsprogramm selbständiges Training verlangen, sind für diese Personengruppe in der Regel ungeeignet.

Auch die Gruppe der Bewohner ohne Beeinträchtigungen der Mobilität erfordert besondere Aufmerksamkeit. Da hier noch alle besonders wichtigen Fähigkeiten vorhanden sind, müssten die Aussichten auf den Mobilitätserhalt eigentlich überdurchschnittlich hoch sein. Die Analyse der Verläufe konnte dies jedoch nicht bestätigen. Weitere Analysen wären sinnvoll, um gerade für diese Personengruppe die Frage zu beantworten, wie es trotz guter Ausgangsbedingungen in so kurzer Zeit zu Mobilitätsbeeinträchtigungen kommen kann.

Literatur

- Brazzelli, M./Saunders, D.H./Greig, C.A./Mead, G.E. (2011): Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11)
- Crocker, T./Forster, A./Young, J./Brown, L./Ozer, S./Smith, J./Green, J./Hardy, J./Burns, E./Glidewell, E./Greenwood, D.C. (2013): Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2)
- Horn, A./Schaeffer, D. (2011): Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Littbrand, H./Stenvall, M./Rosendahl, E. (2011): Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 90, 495-518
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, 441-451
- Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hrsg.) (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Stuttgart: Kohlhammer
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2010): Global recommendations on physical activity for health. Weltgesundheitsorganisation. Genf (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf, 07.08.2013)
- Windeler, J./Görres, S./Thomas, S./Kimmel, A./Langner, I./Reif, K./Wagner, A. (2008): Abschlussbe-

richt: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Bremen: Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung Universität Bremen

Wingefeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht. Bielefeld/Münster: Institut für Pflegewissenschaft/Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

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. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Berlin: BMG/BMFSFJ

Dr. Klaus Wingefeld

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, klaus.wingefeld@uni-bielefeld.de

Sven Reuther

Mobilitätsbeeinflussende Faktoren bei Bewohnern der stationären Altenhilfe in Deutschland

Factors influencing the mobility of residents in German nursing homes

The present article identifies factors affecting the mobility of residents in German nursing home. With help of 50 case studies from 5 different nursing homes, the individual histories of mobility of the residents were traced. It appears that in addition to the disease, the environment (family / social contacts, caregivers and structure of the nursing home), special events such as falls or admission to the nursing home and the person themselves with their individual coping strategies, attitudes, feelings and values can have an affect on the mobility of the residents. It is probably a combination of several factors, which have an effect on the mobility of the residents. Here the nurses play a „key role“ in this process because they have the closest contact to the people. Therefore they have the responsibility to find out changes and „breakthroughs“ in the course of mobility and react accordingly. However this requires a high level of competence, because they have to „search for traces“ to find out the causes and possible factors for the immobility. Only then effective interventions against the immobility of the residents can be planned and implemented. Based on the results of this article a number of practical suggestions were given to improve the quality of care of the residents.

Keywords

mobility, nursing home, case study

eingereicht 05.12.2013

akzeptiert 27.01.2014

Der vorliegende Artikel hat zum Ziel, Faktoren zu identifizieren, die Einfluss auf die Mobilität von Bewohnern in deutschen Pflegeheimen haben. Mittels Fallanalyse wurde bei 50 Heimbewohnerinnen der Verlauf der Mobilität seit dem Heimeinzug nachgezeichnet. Es zeigte sich, dass neben der Krankheit, auch das Umfeld (Familie / soziale Kontakte, die Pflegenden und die Struktur der Einrichtung), besondere Ereignisse, wie etwa Stürze oder der Heimeinzug und die Person selbst mit ihren individuellen Bewältigungsstrategien, Einstellungen, Gefühle und Werte, maßgeblich die Mobilität beeinflussen kann. In vielen Fällen ist somit die zunehmende Immobilisierung im Pflegeheim nicht alleine auf Krankheit oder Alter zurückzuführen. Es ist vielmehr ein multifaktorielles Zusammenspiel aus mehreren Einflussgrößen. Den Pflegenden kommt an dieser Stelle eine Schlüsselrolle zu, denn sie haben den engsten und längsten Kontakt mit den Menschen. Sie sind in der Lage, Veränderungen und „Brüche“ im Mobilitätsverlauf zu erfassen und entsprechend zu reagieren. Doch erfordert dies von den Pflegenden ein hohes Maß an Kompetenz: Sie müssen sich auf die „Spurensuche“ begeben, um die Ursachen und mögliche Faktoren zu bestimmen, die für die Immobilität verantwortlich sind. Nur so können sinnvolle und bewohnerorientierte Maßnahmen gegen die zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung geplant und durchgeführt werden.

Schlüsselwörter

Mobilität, stationäre Altenhilfe, Fallstudien

1. Einleitung

Aktuellen Studien zufolge finden sich in Deutschland bei ca. 76% der Menschen, die in der stationären Altenhilfe versorgt werden, Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit (Wingenfeld et al. 2011). Bewegung ist ein elementares Grundbedürfnis des Menschen und ein wesentliches Merkmal von Lebensqualität (Fagerstrom et al. 2010). Die Fortbewegung eröffnet den Menschen die Möglichkeit, sich mit anderen Menschen zu treffen – soziale Kontakte zu schließen oder zu pflegen, die Welt zu erkunden und sich weiterzuentwickeln (Metz 2000). Der Verlust der Bewegungsfähigkeit hat somit weitreichende Folgen für den Menschen. Die Immobilität stellt neben kognitiven Einschränkungen wohl eines der größten pflegerischen Probleme in der stationären Altenhilfe dar und gilt als ein zentrales Element der Pflegebedürftigkeit (Zegelin 2005). Die Folgen von Immobilität auf den menschlichen Körper sind in der Literatur hinreichend beschrieben (Blottner et al. 2006; Harper et al. 1988). Viele Forschungsergebnisse stammen aus der Weltraumforschung im Besonderen der NASA oder ESA, welche anhand einer simulierten Bettlägerigkeit die Folgen der Schwerelosigkeit auf den menschlichen Organismus erforschen (Rittweger et al. 2005). Schon nach wenigen Tagen nimmt der individuelle Bewegungsradius ab und die Extremitäten werden weniger bewegt (Lindner 2000; Mobily et al. 1991; Olson et al. 1990). Des Weiteren wird eine Reduzierung der Muskelstärke und Knochenmasse beschrieben. Zusätzlich beeinflusst längere Immobilität das sensorische und psychische Empfinden des Menschen (Harper et al. 1988). Auch mögliche Intervention und dessen Effektivität auf die Mobilitätsförderung werden zahlreich in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben (Blankevoort et al. 2010). Mögliche Maßnahmen zur Mobilitätsförderung werden auch ak-

tuell in einem Forschungsprojekt auf dessen Anwendbarkeit für die stationäre Altenhilfe in Deutschland thematisiert (Horn et al. 2011).

In der internationalen Literatur werden eine Reihe von möglichen Faktoren genannt, welche einen Einfluss auf die Mobilität bei älteren Menschen haben (Benjamin et al. 2009; Hui et al. 2006). So spielen u. a. die körperliche Inaktivität oder auch bestimmte Krankheiten (z. B. Demenz) eine nicht unerhebliche Rolle. Im Kontext des deutschen Pflegesettings in stationären Altenhilfeeinrichtungen sind mögliche Ursachen der Immobilität im Verlauf bislang jedoch nur vereinzelt untersucht worden.

In Deutschland beschäftigt sich nur eine Untersuchung mit der Entstehung und dem Prozess der Bettlägerigkeit bei älteren Menschen (Zegelin 2005). In dieser Studie sind bereits auf Basis einer „Grounded-Theory“ mobilitätsbeeinflussende Faktoren identifiziert worden. Bis jetzt weitestgehend unbeachtet bleibt jedoch die Anzahl von „ortsfixierten“ älteren Menschen in Alten- und Pflegeheimen (Zegelin 2005), die zwar aus dem Bett „heraus geholt“ werden, aber z. B. die meiste Zeit des Tages im Rollstuhl im Aufenthaltsraum eines Pflegeheimes verbringen (Zegelin 2005). Diese Menschen bestimmen oft nicht über ihren eigenen Bewegungsradius; es fehlt an Unterstützung, kurze Strecken zu laufen. Und doch gelten diese Menschen im allgemeinen Sprachgebrauch als „mobilisiert“ oder „aktiviert“. In allzu vielen Fällen wird auch der Rollstuhl als normal angesehen und die Immobilität der Menschen fällt kaum auf, entwickelt sich deshalb schleichend und unentdeckt oder wird als normale Entwicklung im Zuge des Alterungsprozesses oder einer Pflegebedürftigkeit hingenommen. Ziel des hier dargestellten Artikels ist es deshalb, mögliche mobilitätsbeeinflussender Faktoren der Bewohner in der stationären Altenhilfe darzustellen, um zu zeigen, dass nicht alleine Krankheit und Pflegebedürftigkeit Einfluss auf die Bewegungsfähigkeit der Menschen haben.

2. Methodisches Vorgehen

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf den Fallanalysen aus Praxisprojekten in fünf verschiedenen Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland. Die Einrichtungen waren auch jeweils Auftraggeber des Projektes. In den oben genannten Praxisprojekten ging es darum, gemeinsam mit den Pflegenden vor Ort, die Alltagsbewegung in den Einrichtungen zu fördern. Aus diesem Grund verfolgten die Projekte einen starken Aktionsforschungs- und Praxisentwicklungsansatz (Lewin 1946). Vier der Einrichtungen befinden sich im südlichen Raum und eine Einrichtung im östlichen Teil Deutschlands. Des Weiteren sind drei der Einrichtungen im städtischen und zwei Einrichtungen eher ländlichen Gebieten angesiedelt. Hinsichtlich der Bewohneranzahl variieren die Einrichtungen jeweils von 90 bis 190 Bewohner. Ansonsten wiesen die Einrichtungen keine großen Unterschiede hinsichtlich struktureller Rahmenbedingungen auf.

2.1 Ethisches Clearing

Die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft erteilte für die Projekte jeweils 2008, 2009 und 2010 das „ethische Clearing“.

2.2 Die Fallanalysen

Die Methodik der Fallanalyse wurde gewählt, weil sie durch eine vielschichtige Vorgehensweise gekennzeichnet ist, die es ermöglicht viele Aspekte der Entwicklung der Bewohner über einen längeren Zeitraum zu beobachten (Lamnek 1995).

Um so ein möglichst umfassendes Bild des Altenheimbewohners über die Entwicklung und den Verlauf seiner Mobilität zu erhalten, beinhaltete die Fallanalyse unterschiedliche Erhebungsverfahren, so jeweils (Abbildung 1):

- halbstandardisierte Interviews mit den Bewohnern der Einrichtungen
- eine Analyse der Pflegedokumentation
- schriftliche Befragung der an der Versorgung beteiligten Personen (der Hausärzte, der Angehörigen und der Pflegenden)
- Gespräche mit Angehörigen
- Einschätzung der Mobilitätsfähigkeiten der Heimbewohner

Die bereits von Zegelin et al. (2005) entwickelten mobilitätsbeeinflussende Faktoren dienten als grobes Kategoriensystem für die Fallanalysen. Die zentralen Ergebnisse aus den einzelnen Fallanalysen (Interviews, Fragebögen, Gespräche mit den Angehörigen, Analyse der Pflegedokumentation) wurden tabellarisch gegenübergestellt, um sie so besser miteinander vergleichen zu können. Dadurch sollten Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den einzelnen Fällen im zeitlichen Verlauf besser identifiziert werden.

Für die Typenbildung hinsichtlich der Bewältigungsstrategie im Umgang mit dem aktuellen Mobilitätszustand innerhalb der Fallanalyse wurde zunächst eine Einzelfallanalyse durchgeführt. Hier wurde jeder Bewohner zunächst separat und dann im Vergleich mit den anderen Fällen analysiert und kontrastiert (auf Basis der Unterschiede und Gemeinsamkeiten). Die Ergebnisse (Kategorienbildung) sind innerhalb des Projektteams und im Anschluss daran mit den Pflegenden evaluiert und weiter angepasst worden.

2.2.1 Auswahlkriterien für die Fallanalysen

Als Einschlusskriterium für die Fallanalysen der Bewohner an der Studie galt neben der informierten Zustimmung des Bewohners oder seines gesetzlichen Betreuers, die Ortsfixiertheit. Auf Basis der Begriffsdefinition der Ortsfixiertheit wurde ein Erfassungsbogen erstellt, der alle infrage kommenden Bewohner des Hauses auflistete. Die Pflegedienstleitung vor Ort suchte auf Basis dieses Erfassungsbogens die möglichen Bewohner für die Erhebung aus. Vor der Befragung wurde das schriftliche Einverständnis aller Beteiligten für die Teilnahme an der Untersuchung eingeholt. Hierzu wurde Bettläge-

rigkeit bzw. Ortsfixiertheit wie folgt definiert: Der Betroffene kann sich nicht alleine vom Ort (z. B. Bett, Sessel, Rollstuhl) fortbewegen, kann nicht mehr alleine laufen oder benötigt hierzu Hilfe durch eine oder mehrere Personen. Der eigene Bewegungsradius ist abhängig von der Hilfe Dritter (Zegelin 2005).

2.2.2 Halbstandardisierte Interviews

Mit den Bewohnern wurden halbstandardisierte Interviews mit Hilfe eines Interviewleitfadens geführt. Der Interviewleitfaden beinhaltete Fragen zur Vergangenheit, Gegenwart und der persönlich eingeschätzten künftigen Entwicklung der eigenen Beweglichkeit. Die Interviews fanden in der Regel im Zimmer des jeweiligen Bewohners statt. Sie sind regelhaft transkribiert und in Anlehnung nach Mayring inhaltsanalytisch ausgewertet worden (Mayring 2003).

2.2.3 Fragebögen

Für die Befragung wurden drei Fragebögen entwickelt. Hier wurden die Angehörigen, der Hausarzt und die Pflegenden der Einrichtung gebeten, die Bewegungsfähigkeiten und deren Verlauf bei den Bewohnern einzuschätzen. Um die Ergebnisse besser miteinander vergleichen zu können, orientierten sich die Fragen des Erhebungsbogens an dem Interviewleitfaden für die Interviews mit den Bewohnern des Hauses.

Die Einschätzung der Mobilität durch die Pflegenden erfolgte mittels eines neu entwickelten Erfassungsbogens. Die Mobilität wird mit Hilfe von fünf Kategorien (Positionswechsel im Bett, Transfer, Sitzen im Stuhl, Stehen/ Gehen/ Treppen steigen und Bewegung innerhalb und außerhalb der Einrichtung) erfasst. Hier musste jeweils der Grad der Selbständigkeit von komplett unselbstständig bis selbstständig beurteilt werden. Die Inhalte des Erfassungsbogen zur Mobilität (EBoMo) wurden aus bestehenden Instrumenten zur Mobilitätserfassung abgeleitet und mit den Pflegenden vor Ort hinsichtlich Praktikabilität und Verständlichkeit angepasst und ergänzt. Im Rahmen einer Masterarbeit wurde das Instrument auf Interraterreliabilität und interne Konsistenz hin geprüft (Stulier 2013).

2.2.4 Dokumentenanalyse

Von den ausgewählten Bewohnern für die Fallanalyse wurde die gesamte Dokumentation (seit Heimeinzug) nach Hinweisen bezüglich der Mobilität analysiert. Um die Qualität der Dokumentation zur Mobilität besser einschätzen zu können, wurde ein Leitfaden für die Analyse erstellt, s. Abbildung 1.

2.2.5 Vorgehen bei der Strukturanalyse

Vor der Durchführung der Fallanalysen wurde in jeder Einrichtung eine Strukturanalyse durchgeführt, um die Rahmenbedingungen und internen Abläufe besser zu verste-

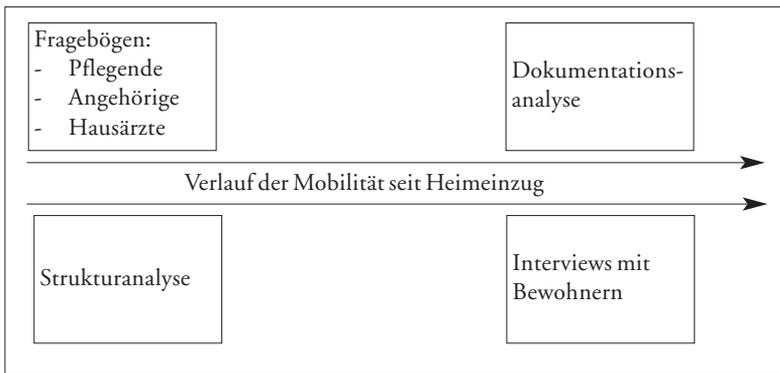


Abb. 1: Inhalte der Fallanalyse

hen. Dies hatte das Ziel, die Ergebnisse der Fallanalysen leichter interpretieren zu können. Die Strukturanalyse fokussierte jeweils auf zwei Wohnbereiche in den Einrichtungen. Die Analyse beinhaltete ebenfalls Gespräche mit allen beteiligten Berufsgruppen. So wurden mit Physiotherapeuten, Pflegenden der einzelnen Wohnbereiche, der Heimleitung, der Pflegedienstleitung, Ergotherapeuten und dem Qualitätsbeauftragten der Einrichtung Gespräche bezüglich der Mobilitätsförderung geführt. Die Gespräche sollten wichtige Hinweise bezüglich der Struktur und Ablauforganisation in den Einrichtungen liefern und ergänzten die gewonnenen Eindrücke aus der Hospitation.

3. Ergebnisse: Die beeinflussenden Faktoren der Mobilität

Die 50 Bewohner für die Fallanalysen waren im Durchschnitt 82 Jahre alt und in mehr als dreiviertel der Fälle weiblich. Demenz war die am häufigsten genannte Diagnose in der Pflegedokumentation. Insgesamt war es nicht möglich, von allen 50 Bewohnern in gleichem Maße vollständige Daten zu erhalten. So konnten nur mit 23 Heimbewohnern Gespräche über ihre Sichtweise zum Thema Mobilität geführt werden. Bei 27 Bewohnern war ein Gespräch aufgrund der aktuellen Gesundheitssituation nicht möglich. Auch beantworteten nur 31 der 50 angeschriebenen Hausärzte und 32 der 41 kontaktierten Angehörigen den Fragebogen vollständig.

Aus den Fallanalysen konnten Einflussfaktoren auf Ebene der Pflege, Bewohner und Organisation zugeordnet werden, die Einfluss auf die Mobilität der Altenheimbewohner hatten.

3.1 Bewohnerebene

3.1.1 Faktor „Krankheit“

Die Krankheitsdiagnosen der analysierten 50 Bewohner haben laut aller an der Versorgung beteiligten Personen einen gravierenden Einfluss auf die Bewegungsfähigkeit der Menschen. Die befragten Ärzte sehen sie als die Hauptursache für die Immobilität der

Menschen an. Auch die Pflegenden gaben in Gesprächen und dem Fragebogen in der Regel die Krankheitsdiagnosen und die damit verbundene Pflegebedürftigkeit als Grund an. Die Liste der hier aufgeführten Diagnosen aus der Pflegedokumentation ist ein Querschnitt über alle mit zunehmendem Alter vermehrt auftretenden Krankheiten. An erster Stelle stehen hier degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, Morbus Parkinson aber auch dementielle Erkrankungen. Oft traten als Folge der Erkrankungen bei den Bewohnern zusätzliche Sekundärerkrankungen auf, wie z. B. Pneumonien, die sich noch zusätzlich negativ auf den Mobilitätszustand des Menschen auswirkten.

Des Weiteren bestand eine große Schwierigkeit darin, dass Krankheitsverläufe selten linear verliefen und immer wieder Phasen auftraten, wo sich Krankheiten stärker auf die Bewegungsfähigkeit der Menschen auswirkten. Beispielsweise hatte eine Bewohnerin mit einer Parkinson Erkrankung immer wieder mit „Schüben“ zu „kämpfen“, die ihr tagelang das Laufen unmöglich machten, gefolgt von Phasen, wo das Laufen leichter fiel und sie nicht auf den Rollstuhl angewiesen war. Ein anderer Bewohner litt z. B. aufgrund von Hüftarthrosen immer wieder unter starken Schmerzen beim Gehen und selbst mit einer geeigneten Schmerzmedikation war es ihm oft unmöglich, regelmäßig mit den Pflegenden zu gehen. An dieser Stelle wurde deutlich, wie wichtig es im jeweiligen Fall ist, dass sich die Pflegenden intensiv mit dem Krankheitsbild der jeweiligen Bewohner auseinandersetzen, um im Laufe des diagnostischen Prozesses gezielt pflegerisch intervenieren zu können, sei es durch geeignete Schmerzmedikation oder gezielte Bewegungsübungen bei Parkinson. Dies setzt zum einen ein fundiertes Fachwissen über die jeweiligen Krankheitsbilder voraus und zum anderen Kompetenzen im sorgeorientierten Anteil der Pflege, um die Fähigkeiten des Bewohners zu erkennen. Zentral ist dabei, wo aufgrund der Erkrankung die Grenzen des Möglichen für den individuellen Bewohner liegen. Die Gefahr bestand hier oft darin, dass dieser Zustand von den Pflegenden in einigen Fällen als „Endzustand“ betrachtet wurde und dadurch auch die regelmäßigen „Gehversuche“ ausblieben. Die Konsequenz war in vielen Fällen, dass sich der Bewegungszustand laut Pflegedokumentation weiter verschlechterte und in einigen Fällen die Menschen in die völlige Immobilität gerieten, obwohl der Mobilitätszustand womöglich zumindest in einigen Fällen durch gezielte pflegerische Interventionen aufgehalten bzw. verbessert werden hätte können.

3.1.2 Faktor „Plötzliche Ereignisse“

Unter plötzliche Ereignisse fallen u. a. Krankenhausaufenthalte, Stürze, aber auch der Heimeinzug selbst. Für viele Menschen ist der Heimeinzug ein einschneidendes Erlebnis in ihrem Leben. In vielen Fällen ist er mit dem Verlust der Selbständigkeit und dem Gefühl der Abhängigkeit verbunden. Viele Menschen reagieren hier mit Rückzug oder sogar Ablehnung gegenüber der pflegerischen Unterstützung. Eine Bewohnerin antwortete, auf die Frage was ihr an der aktuellen Situation nicht gefalle, spontan mit der Aussage: „(...) *ich habe hier das Denken verlernt, da mir hier immer alles abgenommen wird (...)*“.

Bei den meisten der hier in die Analyse eingeschlossenen Altenheimbewohner ließen sich solche „Ereignisse“ finden, welche die Mobilität negativ beeinflussten. So gaben Angehörige oft an, dass nach dem Krankenhausaufenthalt die Menschen einfach nicht mehr laufen konnten. *„(...) es war der Horror auch im Krankenhaus, da ist das anders, sie haben keine Pflegestation, wir sind sowieso mittags und abends dort gewesen und da baut sie immer noch zusätzlich ab und durch die Narkose war sie ja noch mehr durch den Wind (...)“*.

Auch in der Pflegedokumentation finden sich nach einer Krankenseinweisung in vielen Fällen Brüche im Mobilitätsverlauf wieder. So verschlechterte sich bei einigen Bewohnern nach einem längeren Krankenhausaufenthalt die Bewegungsfähigkeit erheblich.

Ein weiteres auslösendes Moment kann ein Sturz oder Beinahe-Sturz sein. Fast jeder zweite Bewohner war in der Vergangenheit gestürzt – einige in sehr kurzen Abständen, mit zum Teil schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit. Eine Bewohnerin stürzte innerhalb von nur einem Jahr mehr als zehnmal, was Oberschenkelfrakturen an beiden Beinen und eine Armfraktur zur Folge hatte. In einigen Fällen war der Sturz zu Hause mit der damit verbundenen Pflegebedürftigkeit auch der Grund für den Einzug ins Altenpflegeheim. In den Interviews wurde deutlich, dass es den Menschen zunehmend schwerer fiel, sich von den körperlichen Folgen eines Sturzes zu erholen. Eine Bewohnerin hatte nach mehreren Stürzen irgendwann resigniert berichtet: *„(...) was glauben Sie, was ich alles versucht hab und bin jedes Mal auf der Erde gelandet (...)“*

Doch auch die Angst vor weiteren Stürzen wirkte sich ungünstig auf die Mobilität aus. Wenn die Folgen des Sturzes überstanden waren, blieben Unsicherheiten von Seiten des Bewohners, der Angehörigen aber auch der Pflegenden. Viele Bewohner gaben an, sich nicht mehr zu trauen, aufzustehen oder das Gehen wieder zu „erlernen“ aus Angst wieder zu fallen und durch den Sturz noch mehr Hilfe zu benötigen und den Pflegenden noch mehr „zur Last“ zu fallen. Eine Bewohnerin, die nach mehreren Stürzen jetzt im Rollstuhl sitzt, äußerte sich hierzu folgendermaßen: *„(...) ich war jetzt sehr vorsichtig. Eine Zeit lang bin ich oft gefallen, aber jetzt bin ich eben im Rollstuhl, denn sie haben Angst, ich breche mir den Oberschenkelhals. Die Frau vom übernächsten Zimmer ist auch gefallen – Oberschenkelhalsbruch, das ist das Schlimmste, was passieren kann (...)“*

Aber auch die Angehörigen und Pflegenden haben vielfach Angst, dass der Bewohner allein aufsteht und stürzt und sich der Gesundheitszustand dadurch noch weiter verschlechtern könnte. Bei den Pflegenden resultieren auch Sorgen über Rechtliches und Verantwortlichkeiten.

Die Angehörigen einer Bewohnerin, die nach einigen Stürzen gefolgt von mehreren Krankenhausaufenthalten nun im Rollstuhl sitzt, beschrieben dies folgendermaßen: *„(...) und eigentlich ist uns das so auch ganz recht, weil ich muss ganz ehrlich sagen: Das letzte halbe Jahr war brutal mit den ganzen Brüchen und Stürzen! Und ich meine, in dem Alter ist das ja ein Phänomen, wie stabil sie ist und immer wieder auf die Füße gekommen*

ist (...)“ „(...) wir haben dann schon gesagt, ich meine, das ist vielleicht auch egoistisch aber, was soll die Frau noch laufen? (...)“

Andere Bewohner beschreiben sehr detailliert ihre Frustration über die verlorene Selbständigkeit, aber auch ihre Ängste, die sie oft daran hindern, das Laufen wieder zu erlernen: *„(...) na ja, nun vegetiere ich hier (!) (lacht) und darf nichts machen, nichts besonderes kein... selbst so Kleinigkeiten, von da nach da gehen, würde ich mich gar nicht getrauen. Die Schwester, die hat auch gesagt, ‚machen Sie ja nichts, sei es einmal umsetzen vom Stuhl zum Sofa Sessel‘, das soll ich nicht machen (...)“*

3.1.3 Faktor „Individualität“

Jeder Mensch geht unterschiedlich mit Schicksalsschlägen um. Die Individualität des Menschen bestimmt sein Verhalten, seine Handlungen und seine Reaktion auf die Umwelt. Folglich geht auch jeder der Bewohner sehr unterschiedlich mit seiner Immobilität um. So artikulierten die Bewohner den Grad ihrer Motivation sich zu bewegen auf sehr unterschiedliche Weise: beispielsweise verbunden mit einer hohen Einsatzbereitschaft und einem „Willen“ an dem Zustand etwas zu ändern. Andere zeigten Anzeichen von Resignation, Perspektivlosigkeit und Mutlosigkeit gegenüber ihrer derzeitigen Situation. Durch die Auswertung der Interviews konnten fünf Bewältigungstypen abgeleitet werden, die sehr individuell auf ihre Umwelt reagieren und somit auch direkt die Mobilität beeinflussen können. Dabei kann nicht immer jeder Bewohner direkt einem Bewältigungstypus zugeordnet werden. Für Pflegende ist es in der täglichen Arbeit mit den Bewohnern jedoch bedeutsam zu wissen, dass die Motive „wieder aufzustehen vom Rollstuhl“ oder Gehübungen zu machen, in vielen Fällen von dem Persönlichkeitstypus der Bewohner abhängig sind und es in manchen Fällen viel Zeit, Geduld, Vertrauen und vereinzelt auch sanfte „Hartnäckigkeit“ erfordert, Menschen zu Bewegung zu animieren.

Die fünf Bewohnertypen

„Die Motivierten“ – sind auf ihre Art „Kämpfer-Naturen“, das wichtigste Ziel scheint ihnen, ihre Selbst- und Eigenständigkeit so weit als möglich zu erhalten. Das Schlimmste ist für sie, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Gerade bezüglich der Mobilität sind sie hoch motiviert, machen eigenständig Bewegungsübungen und setzen sich selbst Ziele, die sie erreichen möchten. Selbst bei Rückschlägen, wie z. B. Stürzen oder Krankheiten, lassen sie sich nicht so schnell entmutigen und versuchen es immer wieder.

Eine Bewohnerin beschrieb diesen „Willen“ in dem geführten Gespräch folgendermaßen: *„(...) nein, ich versuche mich selbst zu vervollkommen. Also ich versuche mich selbst hoch zu bringen – nicht wahr. Also ich bleib nicht sitzen im Stuhl, das kann ich nicht. Ich habe immer alles selbst gemacht; ich hab ja auch vier Kinder und ja (...)“*

„Die Lebenskünstler“ – sind oft Menschen, die sich mit ihrem Schicksal abgefunden haben, aber nicht resignieren, sondern versuchen, das Beste aus der jeweiligen Situ-

ation zu machen. Sie schaffen es auch, sich an den kleinen Dingen des Lebens zu erfreuen. Sie richten beispielsweise ihr Zimmer sehr nach ihren persönlichen Bedürfnissen ein. Da sie aufgrund ihrer Immobilität das Haus oder ihr Zimmer nicht verlassen können, schaffen sie sich soweit wie möglich eine gemütliche und wohnliche Umgebung, das Zimmer, der Sessel wird zum Zentrum, von dem alles erreichbar sein muss, da sie die meiste Zeit des Tages dort verbringen – alles hat hier seinen Platz.

Eine Bewohnerin beschreibt ihren Zustand wie folgt: *„(...) ja freilich, ich versuch es zwar immer wieder, aber ich denk', verflixst noch mal, es muss doch gehen, ist so lange gegangen. Aber dann sag' ich mir, Mensch du spinnst ja, bist 90 und jetzt willst du noch rum hupfen, wie so ein junger Hüpfen (...)“* *„(...) (schüttelt mit dem Kopf) na ich sag, ich hab eine Wut auf mich, das das nicht mehr so geht. Na ja 90 Jahre bin ich ja jetzt kein Backfisch mehr (...)“*

„Die Resignierten“ – dies sind Bewohner, die in manchen Phasen mit ihrem eigenen Schicksal kämpfen und sich sehr schnell der Situation „ergeben“ und resignieren. Gerade wenn es um die Mobilitätsförderung geht, fallen in den Gesprächen oft Aussagen wie: *„es wird ja eh nichts mehr“*.

Hier berichteten die Pflegenden, dass es oft sehr schwierig sei, zu motivieren, wieder mit Gehübungen zu beginnen und es erforderte oft sehr viel Zeit und Geduld diese „Starre“ aufzubrechen. Viele Bewohner gaben an, das dieses Gefühl „abhängig zu sein“, für viele gerade in der Anfangszeit ein sehr großes Problem darstellte. Sie haben in ihrem ganzen Leben immer für sich selbst gesorgt, waren zum Teil für eine ganze Familie verantwortlich und haben Kinder groß gezogen. Eine Bewohnerin bringt dieses Gefühl der Abhängigkeit so zum Ausdruck: *„ (...) das war anfangs also war das furchtbar, wissen Sie (...). Ja, da hab ich mich waschen lassen müssen und lauter so ein Zeug (...).“*

Eine weitere Bewohnerin drückte es so aus: *„(...) Ich hätte nie gedacht, dass es so weit kommen könnte, dass ich nicht mehr alleine auf die Toilette kann und wegen jeder Kleinigkeit Hilfe brauche(...)“*.

„Die Vorsichtigen“ – Für diesen Bewohnertypus ist kennzeichnend, dass ihm oft der Mut fehlt, um zu versuchen wieder aufzustehen oder Gehübungen zu machen. In vielen Fällen ist hier die Angst z. B. wieder zu stürzen größer, als der Wille wieder selbständiger zu werden. Ein weiteres Kennzeichen kann hier auch sein, dass der Bewohner wenig Vertrauen gegenüber dem Pflegenden oder anderen Menschen entwickelt. Gerade für die Transfers oder für Gehübungen muss der Bewohner dem Pflegepersonal vertrauen können, dass er sich auch fallen lassen kann und aufgefangen wird, wenn er das Gleichgewicht verlieren sollte. Eine Bewohnerin äußerte sich beispielsweise nach dem Transfer gefragt, folgendermaßen: *„Man kennt so seine Leute – die einen machen es so – die anderen so.“*

An dieser Stelle ist von Seiten des Pflegepersonals sehr viel Zeit, Ruhe und Geduld erforderlich, um dieses Vertrauensverhältnis aufzubauen. In zwei Fällen äußerten Bewohner im Interview Bedenken beim Transfer durch jüngere Praktikanten *„die noch lernen müssten“*. In einem Fall wurden von einer Bewohnerin auch die Gehübungen mit

den Pflegenden abgelehnt, da sie Angst hatte, dass man sie nicht auffangen könne und sie viele Pflegende in der Einrichtung als „*nicht stark genug*“ einschätzte.

„Die Unsichtbaren“ – Dieser Bewohnertypus ist durch maximale Anpassung an die Situation und die Umstände in den Einrichtungen gekennzeichnet. Er möchte nicht stören und keine Umstände machen, stellt somit eigene Bedürfnisse zurück und ordnet sich in vielen Fällen völlig der Struktur des Heimes unter.

Die Forderung, z. B. dass man mit ihm Gehen üben möchte, würde erst gar nicht gestellt, um niemanden zur Last zu fallen. „(...) *was soll ich denen immer was vorjammern... Die haben doch schon genug zu tun (...)*“.

Die Tochter einer Bewohnerin beschrieb z. B. den Umgang ihrer Mutter mit den Pflegenden wie folgt: „(...) *ja dann müsste Sie einfach mal sagen: ‚heute will ich laufen‘. Aber dann muss natürlich auch jemand da sein, der mit ihr läuft. Viele Schwestern sagen dann aber auch oft, ich habe jetzt keine Zeit – was sich andere zu viel melden, sagt sie zu wenig und nimmt Rücksicht. Ich habe ihr das auch schon gesagt, du musst sagen, – heut bin ich gut drauf, heute würde ich gerne laufen (...)*“.

3.1.4 Faktor: Die Familie/Soziale Kontakte

Die Familie ist für die Menschen ein wichtiger Bezugspunkt. Diese ist oft die einzige Verbindung nach „draußen“. Die Auswertung der Fragebögen und der Dokumentation verdeutlichte eindrucksvoll, dass die Angehörigen oft die Einzigen sind, die mit dem Bewohner das Altenheim verlassen, um z. B. im Park spazieren zu gehen. Die Angehörigen stellen oft auch die einzige Abwechslung im Tagesablauf dar, und viele Bewohner freuen sich noch tagelang über den Besuch der Tochter oder des Sohnes. Es sind die Menschen, denen sie in der Regel am meisten vertrauen und zu denen die innigste Beziehung besteht.

Eine Bewohnerin beschreibt die Besuche der Tochter als „*Lichtblick des Tages*“. In sehr vielen Fällen sind es die Angehörigen, die den Bewohner motivieren, zu laufen oder selbst mit dem Bewohner laufen. So antwortet beispielsweise eine Bewohnerin auf die Frage, ob Ihre Tochter mit ihr noch laufen würde: „(...) *natürlich, es kommt meine Tochter. Die geht sehr streng(!) mit mir um (lacht). Die sorgt schon dafür, dass ich laufe (...)*“.

Viele Angehörige betonen, dass sie bereit sind mehr zu machen, wenn sie Informationen und Anleitung erhalten würden.

3.2 Faktor: Die Pflegenden

Pflegende spielen eine tragende Rolle in der Bewegungsförderung der Bewohner, sie verbringen die meiste Zeit mit den Menschen. Doch wird durch die Auswertung der Gespräche und den Fragebögen deutlich, dass viele Pflegende die Mobilitätsförderung nicht als ihre pflegerische Hauptaufgabe ansehen. Oft wird sie daher zur „Körperpflege-

ge“ subsumiert. Auch die Pflegenden selbst ordneten die Bewegungsförderung, wenn auch vielleicht oft aus Zeitmangel, eher der Physiotherapie zu und führten sie selbst nur dann durch, wenn alle anderen Tätigkeiten des normalen Stationsablaufes erledigt waren. So wird z. B. auch in einigen Pflegeplanungen der Bewohner die Mobilitätsförderung der Krankengymnastik zugeordnet. Die Pflegenden scheinen aufgrund der enormen Arbeitsbelastung auf den Stationen mit der Körperpflege und zusätzlichen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zeitlich so eingebunden zu sein, dass z. B. für regelmäßiges Gehen oft keine Zeit zu bleiben scheint oder sie oft erhebliche Schwierigkeiten haben, Gehübungen in die täglichen Arbeitsroutinen zu integrieren. Oft werden auch Fähigkeiten in den Bewegungsmöglichkeiten unterschiedlich eingeschätzt. So wurden in der Pflegedokumentation diesbezüglich sehr unterschiedliche Bewertungen in den Tagesberichten gefunden. Nicht selten finden sich keine regelmäßigen Einträge zur Mobilität oder wird der Bewegungsstatus der Bewohner nicht regelgeleitet aktualisiert. In vielen Fällen erschien die Pflegedokumentation ungeeignet, um Mobilitätsverläufe in ausreichendem Maße zu erfassen, da Hilfestellungen fehlten, detailliert den Bewegungszustand zu erfassen (z. B. Fähigkeit eine bestimmte Strecke selbstständig zu gehen). In manchen Pflegedokumentationen wurde wiederum die Bewohnerperspektive nicht ausreichend berücksichtigt. So konnten nur vereinzelt die Wünsche, die in den Interviews von den Bewohnern zur Mobilitätsförderung artikuliert wurden, auch in den Pflegeplanungen wieder gefunden werden.

3.3 Faktor: Die Struktur der Einrichtung

Auch die Struktur der Einrichtung beeinflusst die Mobilität der Bewohner. So lagen in den Einrichtungen jeweils ganz unterschiedliche bauliche Voraussetzungen vor. Einige Einrichtungen wiesen beispielsweise architektonische Merkmale auf, welche die Mobilität der Bewohner behindern (z. B. Türschwellen). In einem Fall verängstigte die elektronische Eingangstür eine Bewohnerin so, dass sie die Einrichtung nicht mehr allein verließ. Häufig könnten sich Bewohner im eigenen Zimmer durch Umstellen der Möbel und zusätzliche Haltegriffe besser bewegen. Auch zeigte sich, dass viele Wohnbereiche „bewegungsunfreundlich“ gestaltet sind und die Bewohner somit daran hindern sich mehr zu bewegen. Auf langen Gängen fehlte es beispielsweise an Sitzgelegenheiten. Viele Bewohner schienen keine andere Möglichkeit zu haben, als in ihrem Rollstuhl sitzen zu bleiben. Zudem existieren in den Einrichtungen zu viele „Splitterdienste“, d. h. um Personalkosten einzusparen, erscheinen etwa viele Pflegenden nur zu Stoßzeiten, sodass sie beispielsweise nicht mehr an den Übergaben teilnehmen können und somit die Gefahr besteht, dass wichtige Informationen nicht bei den Pflegenden ankommen. In vielen Einrichtungen sind die Pflegenden in unterschiedliche hauswirtschaftliche Aufgaben involviert. Doch binden diese Tätigkeiten, die keine originären pflegerischen Tätigkeiten darstellen, die zeitlichen Ressourcen der Pflegenden – auch jene, die dringend für Mobilitätsförderung benötigt werden.

4. Fazit

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass nicht allein physiologische Faktoren den Mobilitätszustand der Bewohner beeinflussen. Vielmehr handelt es sich um ein höchst komplexes Zusammenspiel mehrerer Faktoren: das Umfeld des Bewohners, die Pflegenden sowie die individuellen Bewältigungsstrategien des Betroffenen sind wichtige Faktoren, die Einfluss auf die Beweglichkeit der Bewohner in der Einrichtung haben. Hohes Alter oder Krankheit sind allein also nicht zwingend für die zunehmende Immobilisierung verantwortlich. Einige Bewohner waren laut Pflegedokumentation bei Heimeinzug noch körperlich mobil, ihr Zustand verschlechterte sich jedoch mit längerem Heimaufenthalt, ohne dass dafür ersichtliche Gründe vorlagen. Bei einigen Bewohnern konnte im Gegenteil die Mobilitätsfähigkeit trotz hohen Alters sogar verbessert werden. In der Regel scheint der individuelle Mobilitätsverlauf der Menschen in den untersuchten Einrichtungen noch sehr dem Zufall überlassen zu sein. Es fehlt an schlüssigen Konzepten zur bewohnerorientierten Mobilitätsförderung, von der alle Heimbewohner in gleichem Maße profitieren.

Vergleicht man die unterschiedlichen Aussagen der Bewohner, Pflegenden, Hausärzte und Angehörigen/gesetzlichen Betreuer lassen sich Übereinstimmungen ausmachen. Im Allgemeinen scheint Konsens zu bestehen, dass Krankheit die Ursache für Immobilität ist. Oft wird Immobilität als schleichender Prozess beschrieben. Auffällig ist aus Sicht der Bewohner, dass es ihnen sehr schwer fällt, Aussagen über ihre eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Perspektiven zu treffen und sie ihre Ansprüche immer auch in Relation zu ihrem Umfeld setzen. So wurde nach Aussagen *„Ich würde gerne wieder ein paar Schritte laufen können“*, in vielen Fällen sofort der Satz nachgeschoben: *„Aber ich weiß, wie viel die Pflegenden hier leisten und wie wenig Zeit die haben“*.

Den Pflegenden verlangt dies ein hohes Maß an Kompetenz an: Sie müssen sich immer wieder auf „Spurensuche“ begeben und herausfinden, welches die Gründe für die Verschlechterung des Zustandes sind. Ist es beispielsweise die Angst zu stürzen oder das Gefühl, nicht zur Last fallen zu wollen? Zudem müssen die Pflegenden mit individuellen, auf den einzelnen Bewohner zugeschnittenen Strategien reagieren können. Dabei dürfen sie nicht unreflektiert jeden Bewohner aus dem Bett oder den Rollstuhl ziehen, sondern bei jedem die auch noch so kleine vorhandene Bewegungsfähigkeit in den täglichen Pflegeablauf einbinden und fördern. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es sich hier um z. T. multimorbide und hochaltrige Menschen handelt, somit werden auch Rückschläge im Mobilitätsverlauf immer wieder unvermeidlich sein. Einschränkend ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die vorgestellten Ergebnisse einzig auf Fallanalysen basieren. Diese sind nur begrenzt verallgemeinbar und liefern nur erste deskriptive Hinweise. Dies sollte besonders bei den dargestellten „Typen“ berücksichtigt werden, die jedoch den Ergebnissen der Literatur zum Thema ähneln (Ebner 2000; Saup 1999). Zu beachten ist auch, dass von den ursprünglich geplanten Interviews, aufgrund des fragilen Gesundheitszustandes der Bewohner, nur etwa die Hälfte der Interviews geführt werden konnte. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Fallstudien nur ein fragmentiertes Bild der Bewohner wiedergeben. In den Pflegedokumentationen

zeigte sich außerdem oft eine Inkonsistenz hinsichtlich der Art und des Umfangs der Informationen bezüglich der Mobilität, weshalb hier die Zusammenfassung und der Vergleich der Informationen miteinander nicht immer einfach erschien. Auch unterschied sich oft das, was dokumentiert worden ist, von der tatsächlich geleisteten Pflege zum Thema Mobilität. Den Pflegenden fiel es (auf Nachfrage) häufig schwer, die tatsächlich geleistete pflegerische Handlung auch in Worte zu fassen und im Verlaufsbericht aufzuschreiben. Deshalb wäre es bei ähnlichen zukünftigen Projekten denkbar, flankierend noch mehr Informationen aus der direkten Beobachtung zu gewinnen, um so die Aussagekraft der Analysen weiter zu verbessern. Die Ergebnisse der Fallanalysen als Ganzes können daher nur erste Tendenzen aufzeigen, die in weiteren Studien validiert werden müssen. Ungeachtet dieser Einschränkungen liefern die Ergebnisse jedoch erste Hinweise dafür, wie Immobilität in der Pflegepraxis zu begegnen ist. Daraus können mögliche Lösungsansätze entwickelt werden, welche die Qualität der Mobilitätsförderung und die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen verbessern.

Literatur

- Benjamin, K., Edwards, N., & Caswell, W. (2009): Factors influencing the physical activity of older adults in long-term care: administrators perspectives. *J Aging Phys Act*, 17(2), 181-195
- Blankevoort, C. G., van Heuvelen, M. J., Boersma, F., Luning, H., de Jong, J., & Scherder, E. J. (2010): Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(5), 392-402
- Blottner, D., Salanova, M., Puttmann, B., Schiffel, G., Felsenberg, D., Buehring, B., & Rittweger, J. (2006): Human skeletal muscle structure and function preserved by vibration muscle exercise following 55 days of bed rest. *Eur J Appl Physiol*, 97(3), 261-271. doi: 10.1007/s00421-006-0160-6
- Ebner, V. (Ed.). (2000): Abschied von der Eigenständigkeit – Strategien zur Verarbeitung des Eintritts in eine Institution der Alterspflege.: Bern: Ed. Soziothek
- Fagerstrom, C., & Borglin, G. (2010): Mobility, functional ability and health-related quality of life among people of 60 years or older. *Aging Clin Exp Res*, 22(5-6), 387-394
- Harper, C. M., & Lyles, Y. M. (1988): Physiology and complications of bed rest. *J Am Geriatr Soc*, 36(11), 1047-1054.
- Horn, A., Brause, M., & Schaeffer, D. (2011): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(4), 262-269
- Hui, E. K., & Rubenstein, L. Z. (2006): Promoting physical activity and exercise in older adults. *J Am Med Dir Assoc*, 7(5), 310-314
- Lamnek, S. (1995): *Qualitative Sozialforschung*: Beltz Weinheim
- Lewin, K. (1946): Action research and minority problems. *Journal of social issues*, 2(4), 34-46
- Lindner, U. K. (2000): [Bedrest – a dangerous „therapy“]. *Internist (Berl)*, 41(8), 698-703
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Metz, D. (2000): Mobility of older people and their quality of life. *Transport policy*, 7(2), 149-152
- Mobily, P. R., & Kelley, L. S. (1991): Iatrogenesis in the elderly: factors of immobility. *Journal of Gerontological Nursing* 1991 Sep; 17(9)::5-11 (44 ref)
- Olson, E. V., Johnson, B. J., & Thompson, L. F. (1990): The hazards of immobility. 1967. *Am J Nurs*, 90(3), 43-48
- Rittweger, J., Frost, H. M., Schiessl, H., Ohshima, H., Alkner, B., Tesch, P., & Felsenberg, D. (2005): Muscle atrophy and bone loss after 90 days' bed rest and the effects of flywheel resistive exercise and pamidronate: results from the LTBR study. *Bone*, 36(6), 1019-1029

- Saup, W. (1999): *Alte Menschen in ihrer Wohnung: Sichtweise der ökologischen Psychologie und Gerontologie Alte Menschen in ihrer Umwelt* (pp. 43-51): Springer
- Stulier, N. (2013): *Ausgewählte Qualitätskriterien des Erfassungsbogens Mobilität (EBoMo) – Eine empirische Untersuchung in der stationären Altenpflege* (unveröffentlichte Masterarbeit), Universität Witten/ Herdecke
- Wingenfeld, 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
- Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“. *Der Prozess des Bettlägerigwerdens*. Bern: Hans Huber Verlag

Sven Reuther MScN

Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/ Herdecke, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Postfach 6250, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, sven.reuther@dzne.de

Annett Horn, Dominique Vogt, Thomas Kleina, Doris Schaeffer

Konzepte zur Bewegungsförderung in der Langzeitversorgung – Eine Orientierungshilfe für stationäre Pflegeeinrichtungen

Promoting physical activity in long-term care – Guidance for residential care facilities

Long-term care settings were not brought into focus in debates of health promotion and prevention for a long time. Only recently it is becoming an increasingly important issue. Especially the promotion of physical activity plays a significant role. Several studies indicate that residents of nursing homes, many of whom are in an advanced stage of chronic illness, have limited functions and are in need of extensive (nursing) care, benefit from regular exercise. However, it is difficult to obtain an overview of suitable interventions. A systematic literature search was conducted to identify evidence-based interventions that are suitable to promote physical activity among nursing home residents and that are feasible under the prevailing conditions in German nursing homes. As it turned out, it will be necessary to develop appropriate interventions in the future.

Keywords

Physical activity, long-term care, elderly, intervention

eingereicht 09.12.2013
akzeptiert 22.01.2014

Die stationäre Langzeitversorgung wurde lange Zeit in der Gesundheitsförderungs- und Präventionsdebatte als Setting vernachlässigt. Erst neuerlich wird ihr vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei spielt das Thema Bewegungsförderung eine bedeutende Rolle. Denn mittlerweile belegen etliche Studien, dass auch NutzerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen, zu denen in Deutschland überwiegend hochaltrige und pflegebedürftige Menschen gehören, von regelmäßiger Bewegung profitieren. Allerdings ist es schwer, eine Übersicht über geeignete vorliegende Interventionen zu erlangen. Im Rahmen eines vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) geförderten Projekts wurde daher eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um passende evidenzbasierte bewegungs- und mobilitätsfördernde Interventionskonzepte für die pflegerische Langzeitversorgung zu identifizieren und zu analysieren, ob sie den Bedingungen hiesiger stationärer Pflegeeinrichtungen entsprechen. Dabei zeigte sich, dass es in Zukunft weiterer Konzeptentwicklungen bedarf, da sich viele bewegungsfördernde Interventionen nicht an die Gruppe der gesundheitlich fragilen und pflegebedürftigen NutzerInnen der pflegerischen Langzeitversorgung richten.

Schlüsselwörter

Bewegungsförderung, Pflegebedürftige, Hochaltrige, Interventionskonzepte

1. Hintergrund

Die stationäre Langzeitversorgung wurde in der Gesundheitsförderungs- und Präventionsdebatte lange Zeit als Setting vernachlässigt. In den vergangenen Jahren wurde sie jedoch zunehmend als Setting für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung „entdeckt“. Dem Thema Bewegungs- und Mobilitätsförderung kommt dabei besondere Bedeutung zu, zumal mittlerweile zahlreiche internationale und auch einige nationale Studien belegen, dass selbst Menschen mit substanziellen und langanhaltenden physischen und kognitiven Fähigkeitsverlusten über verbliebene Ressourcen verfügen, die durch regelmäßiges Training gefördert werden können und sollten (ex. Littbrand et al. 2006; Kalinowski 2012; Garms-Homolová 2011). Die Studien belegen auch, dass dies entgegen aller lange Zeit bestehenden Vorurteile zu einem Gewinn an Gesundheit führt. Für das Setting nicht weniger wichtig ist mit Blick auf den demografischen Wandel die Erkenntnis, dass durch kontinuierliche Bewegungs- und Gesundheitsförderung eine Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation chronisch Kranker und Pflegebedürftiger aufgehalten bzw. verzögert werden kann (vgl. Korte-Pötters et al. 2007; Schaeffer/Büscher 2009; Horn et al. 2012).

Dies erklärt, warum sich auch hierzulande stationäre Pflegeeinrichtungen vermehrt für das Thema Bewegungsförderung interessieren. Doch werden bewegungs- und mobilitätsfördernde Konzepte und Interventionsprogramme in der Praxis – wie eine von uns durchgeführte Expertenbefragung zeigt (Horn/Schaeffer 2011) – häufig nach dem „Gießkannenprinzip“ ausgewählt und eingesetzt. Auch wenn als positiv einzuschätzen ist, dass sie zum Einsatz kommen, so ist doch kritisch anzumerken, dass dabei oft weniger die Förderung und der Erhalt gesundheitlicher Ressourcen und verbliebener Fähigkeiten der NutzerInnen im Vordergrund steht als vielmehr die Absicht, überhaupt ein Angebot zu schaffen¹. Zudem ist es problematisch, dass häufig Interventionen ausge-

wählt werden, die nicht dem Bedarf und den Fähigkeiten der gesundheitlich fragilen Nutzer/innen entsprechen (Horn/Schaeffer 2013). Damit geht die Gefahr einher, dass diese entweder durch zu hohe Ansprüche überfordert werden oder durch zu geringe Anforderungen unterfordert sind (siehe auch Kleina et al. 2012). Die Ursachen dafür, dass Interventionen eingesetzt werden, die nicht den Voraussetzungen der hier im Mittelpunkt stehenden Zielgruppe entsprechen, sind unterschiedlich. Eine der wichtigsten besteht darin, dass viele Pflegeeinrichtungen angesichts der Vielfalt und Heterogenität vorliegender Konzepte Schwierigkeiten haben,

- a) einen Überblick über die bestehenden evaluierten Konzepte zur Bewegungsförderung und deren Wirksamkeit zu gewinnen²,
- b) für ihre spezielle Einrichtung geeignete, evaluierte Interventionen zu identifizieren und
- c) adäquate Umsetzungsbedingungen zu schaffen, was angesichts der gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen in den stationären Pflegeeinrichtungen nicht ganz einfach ist (Horn/Schaeffer 2010; Kleina et al. 2013; Wingefeld 2008).

Vor diesem Hintergrund erfolgte eine systematische Bestandsaufnahme, Analyse, Einschätzung und Aufbereitung vorhandener Interventionskonzepte zur Bewegungsförderung für NutzerInnen der pflegerischen Langzeitversorgung mit dem Ziel, Pflegeeinrichtungen eine strukturierte Übersicht über geeignete Konzepte in einer über das Internet zugänglichen Datenbank bereitzustellen³. Das Vorgehen umfasste folgende Arbeitsschritte:

1. Literaturanalyse zur Aufarbeitung des Forschungsstands über Potenziale bewegungsfördernder Interventionen bei hochaltrigen, gesundheitlich beeinträchtigten Personen, um so einen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Diskussion und vorliegende Interventionskonzepte zu erlangen. Die Analyse bildete die Basis für die Einschätzung der Interventionskonzepte hinsichtlich ihrer Evidenz, Effektivität und Praktikabilität sowie den nachfolgenden Schritt, die
2. Identifikation und Prüfung bewegungsfördernder Interventionskonzepte und -programme, die aufgrund ihrer Ziele, Inhalte und Organisationsformen geeignet sind, in Einrichtungen der deutschen stationären Langzeitversorgung eingesetzt zu

1 Bereits ein Blick in die (Internet-)Profile, mit denen Einrichtungen werben, bestätigt diese Vermutung: Das Angebot an Mobilitäts- und Bewegungsförderung variiert von ergo-/physiotherapeutischen Ansätzen, die sich zumeist an Einzelpersonen richten (ex. Bobath-Konzept), über die klassische Sitztanzgymnastik, die häufig von Betreuungskräften angeboten werden bis hin zu speziell für die Klientel der stationären Langzeitversorgung entwickelten und erprobten Trainings- und Übungsprogramme für Gruppen, wie beispielsweise „fit für 100“, für deren Durchführung entsprechende Schulungskurse absolviert werden müssen (Deutsche Sporthochschule Köln o.J.) (siehe hierzu auch Horn/Schaeffer 2011, 2013).

2 Dabei ist zu beachten, dass bislang nur eine vergleichsweise geringe Anzahl an Maßnahmen vorliegt, die wissenschaftlich evaluiert wurde.

3 Das Teilprojekt „Gesundheitsförderung und Prävention durch bewegungsfördernde Interventionen in der stationären Langzeitversorgung“ wurde im Rahmen der auf sieben Jahre angelegten Kooperation des LBIHPR Wien mit der Universität Bielefeld zur Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung durchgeführt und vom ZQP, Berlin unterstützt.

werden. Diesem Schritt folgte eine

3. systematische Aufbereitung und strukturierte Darstellung der als geeignet eingeschätzten Interventionskonzepte/-programme in Form einer über das Internet zugänglichen Datenbank. Die Datenbank ermöglicht stationären Pflegeeinrichtungen, einen Überblick über geeignete Interventionen, ihre jeweilige inhaltliche Ausrichtung sowie die mit der Implementation einhergehenden organisatorischen und qualifikatorischen Anforderungen zu gewinnen.

2. Literaturanalyse zur Identifizierung geeigneter Interventionen

Zur Ermittlung geeigneter mobilitäts- und bewegungsfördernder Interventionen für die NutzerInnen von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung in Deutschland erfolgte eine umfassende Sichtung und Analyse der einschlägigen deutsch- und englischsprachigen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur (siehe Übersicht in Abbildung 1). Sie bestand aus einer systematischen Recherche in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken, die durch eine Handrecherche und eine praxisorientierte Internetrecherche ergänzt wurde.

Suchstrategie

Die Suchstrategie wurde auf Basis folgender Ein- und Ausschlusskriterien definiert: Zielgruppe bildeten die NutzerInnen der stationären Langzeitversorgung, also hochaltrige, multimorbide und gesundheitlich bereits beeinträchtigte Personen. Daher wurden Interventionen ausgeschlossen, die sich an Personen mit einem Lebensalter unter 65 Jahren oder an Personen ohne bereits bestehende Beeinträchtigungen adressieren. Ebenso wurden Interventionen, die in anderen Settings erprobt wurden (z. B. in der Akutversorgung oder Rehabilitation), als nicht relevant eingeschätzt und ausgeschlossen. Darüber hinaus wurde die Identifizierung auf Interventionen und Programme begrenzt, die sich zur Umsetzung in Gruppen eignen⁴. Interventionen zur Sturzprävention⁵ wurden nur dann einbezogen, wenn ihr zentrales Ziel in der Verbesserung bzw. dem Erhalt der Bewegungsfähigkeit bestand und bei der Evaluation entsprechende „Outcomes“ berücksichtigt wurden.

Systematische Recherche

4 Mit individuellen Interventionen können ebenfalls positive Effekte erzielt werden, jedoch entziehen sie sich aufgrund ihrer hochgradig individualisierten Ausrichtung und Anpassung in der Regel zumeist standardisierten Beschreibungen. Sie sind zudem oftmals therapeutisch ausgerichtet. Aus diesen Gründen wurden sie von der Untersuchung ausgeschlossen.

5 Bewegungsfördernde Interventionen können – auch darin bestand eine wichtige Abgrenzung – nicht mit Programmen zur Sturzprävention 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.

Die systematische Recherche in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken erfolgte im Zeitraum von September 2012 bis einschließlich März 2013. Sie beschränkte sich auf Publikationen, die von Januar 2005 bis Juni 2013 veröffentlicht wurden. Dazu wurde in den Datenbanken „PubMed“, „CINAHL“, „Social Science Citation Index“, „PsychInfo“, „Cochrane Database“ und „GeroLit“ mit festgelegten deutschen Schlagworten „Bewegungsförderung“, „Mobilitätsförderung“, „körperliche Aktivität“, „Alter 65 plus“, „stationäre Langzeitversorgung“ und „Pflegebedürftige“ sowie entsprechenden englischsprachigen Schlagwörtern „exercise“, „physical activity“, „long-term care“, „aged“ recherchiert, die mit „UND“, „ODER“ bzw. „AND“ oder „OR“ in Blöcken verschlagwortet wurden. Aus den verschiedenen Schlagwortkombinationen wurde eine Reihe an Suchstrategien gebildet. Zusätzlich wurden in der Datenbank „PubMed“ verschiedene Filter und die „MeSH“ Funktion angewendet.

Da zu einigen Projekten noch keine in den o. g. Datenbanken gelistete Publikationen vorlagen, ließ sich auf Basis dieser Recherche nur ein Teil der existierenden Interventionen identifizieren. Um im Ergebnis dennoch ein breiteres Spektrum an Interventionskonzepten/-programmen abbilden zu können, wurde die Suche in wissenschaftlichen Datenbanken durch eine Hand- und Internetrecherche ergänzt.

Ergänzende Recherchen

Die Handrecherche erfolgte über Verlagsdatenbanken, Bibliothekskataloge und nationale wie auch internationale Fachzeitschriften. Die Inhaltsverzeichnisse ausgewählter Zeitschriften wurden unter Berücksichtigung der eingangs beschriebenen Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe und des Settings nach relevanten Beiträgen zur Bewegungsförderung in der stationären Langzeitversorgung durchsucht.

Zur Erfassung von Praxis- und Modellprojekten, die bereits realisiert wurden, ohne bislang wissenschaftlich evaluiert oder publiziert worden zu sein, wurden verschiedene Projektdatenbanken und Internetseiten von Verbänden, Initiativen oder einschlägigen Organisationen nach weiteren Hinweisen gescreent. Über diesen Schritt ließen sich 30 Projekte identifizieren. Durch die verschiedenen Rechenschritte konnten insgesamt 222 potenziell relevante Interventionen zur weiteren Einschätzung und Aufbereitung identifiziert werden.

3. Einschätzung und Aufbereitung geeigneter Interventionen

In einem nächsten Schritt erfolgte eine Prüfung und Einschätzung der Wirksamkeit und Eignung der identifizierten Interventionen für die stationäre Langzeitversorgung. Die Beurteilung wurde anhand verschiedener Leitfragen/-kriterien vorgenommen. Allen voran stand die Frage, ob es sich bei den erprobten Interventionen tatsächlich um Gruppeninterventionen handelte und ob die mit der Intervention einhergehenden körperlichen und psychischen Anforderungen dem Fähigkeitsprofil der NutzerInnen stationärer Langzeitversorgung entsprechen. Denn viele der identifizierten Interven-

tionen waren mit vergleichsweise hohen Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit der Teilnehmer|innen verbunden. Sie wurden zwar in „Long Term Care“ (LTC) Einrichtungen erprobt, doch die dabei einbezogenen NutzerInnen unterschieden sich deutlich von denen der deutschen Langzeitversorgung⁶.

Des Weiteren wurden die Interventionen hinsichtlich ihrer „Outcomes“ beurteilt. Dabei stand die Frage im Vordergrund, ob die Förderung bzw. der Erhalt der Bewegungsfähigkeit der NutzerInnen ein zentrales „Outcome“ der Intervention darstellt. Als relevante Effekte wurden beispielsweise der Erhalt oder die Verbesserung der körperlichen Ausdauer, des Gleichgewichts, der Muskelkraft oder der Bewegungsaktivität angesehen und nicht „Outcomes“, die sich ausschließlich auf die Lebensqualität oder das individuelle psychische Wohlbefinden bezogen.

Außerdem wurde der Frage nachgegangen, ob die zur Durchführung einer Intervention verfügbaren Informationen ausreichen, um daraus Anforderungen an die Umsetzung (z. B. zur räumlichen und technischen Ausstattung oder Qualifikationserfordernissen) abzuleiten, einem für die Abschätzung des Implementationsaufwands einer Intervention besonders wichtigen Aspekt.

Auf der Basis dieser Leitfragen wurden die zur erweiterten Überprüfung vorliegenden Interventionen beurteilt. Dadurch reduzierte sich die Zahl relevanter Ansätze von 222 auf insgesamt 42. Diese wurden anschließend nach einem einheitlichen Schema für eine über das Internet zugängliche Datenbank aufbereitet. Allerdings konnten nicht alle 42 Interventionen in die Datenbank aufgenommen werden, da die zu einigen von ihnen bestehenden Informationslücken trotz intensiver Nachrecherchen nicht geschlossen werden konnten. Häufigste Ursachen für den Ausschluss waren nicht ausreichend differenzierte Angaben zur Durchführung bzw. nicht vorhandene Evaluationsergebnisse zur Wirksamkeit der Intervention.

Schlussendlich wurden 19 Interventionen zur Aufnahme in die Datenbank empfohlen⁷. Sie wurden folgenden Kategorien zugeordnet: 1) Interventionen, die laut Empfehlung der Entwickler|innen und/oder aufgrund ihrer Inhalte für kognitiv uneinträchtige Menschen geeignet sind, 2) Interventionen, die aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung (auch) für Menschen mit einer leichten oder mittelstarken Demenzerkrankung geeignet sein können sowie 3) Interventionen, die explizit für demenzerkrankte Menschen konzipiert wurden (siehe hierzu Tabelle 1).

6 Im internationalen Sprachraum sind die NutzerInnen von LTC oftmals jünger und seltener von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betroffen. Long-term care adressiert sich stärker als hierzulande an Personen, die wieder gesund werden und nach Hause entlassen werden können. Viele der Interventionen sind daher auch als Reha-Maßnahme zu verstehen.

7 Für 18 der empfohlenen Interventionen liegen Wirksamkeitsnachweise vor. Für das Programm MiA (Sportbund Bielefeld) steht der Nachweis noch aus. Ausführliche Informationen zu allen Interventionen siehe Horn et al. 2013.

<i>Interventionen für kognitiv unbeeinträchtigte NutzerInnen</i>	
Name und Autor	Ziele und Inhalte
Gruppentraining zur Förderung physischer Funktionen (Sung 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung körperlicher Funktionen (Balance, Beweglichkeit und Kraft) sowie Verbesserung der mentalen Gesundheit - kombiniertes bewegungsförderndes Training (3x wöchentlich für jeweils 40 Minuten durch Physiotherapeut inn en angeleitet) und Maßnahmen zur Gesundheitsbildung (2x monatlich à 40 Minuten)
Kombiniertes Krafttraining und Training funktionaler Fähigkeiten (Chin A Paw et al. 2006a)	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der funktionellen Fähigkeiten zur Verbesserung der Mobilität und der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) - Krafttraining (2x wöchentlich) und Funktionstraining (2x wöchentlich) sowie Kombination beider Programme
MiA – Mobil im Alter (Sportbund Bielefeld 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Selbstständigkeit - Übungen setzen sich aus sieben Trainingsschwerpunkten zusammen (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) - 1x bis 2x wöchentlich: jeweils 40 Minuten
Nintendo-Wii Bowling (Clark et al. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivierung, Reaktivierung und Förderung von kognitiven, motorischen Fähigkeiten und des Gleichgewichts - auch für Personen geeignet, die stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind - Dauer jeder Einheit flexibel, je nach Fähigkeiten der Teilnehmer innen; empfohlen sind 2 bis 3 Einheiten pro Woche à 60 Minuten
Sprunggelenkkräftigung und Gehtraining (Schoenfelder/Rubenstein 2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Erhaltung und/oder Verbesserung der Gehfähigkeit und der Sprunggelenkskraft - für Personen im Alter von über 65 Jahren, die noch keine massiven Mobilitätseinschränkungen haben - Inhalte sind die Sprunggelenkkräftigung und das Gehtraining (3x wöchentlich)
STEP – Simplified Tai-Chi Exercise Program (Chen et al. 2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der allgemeinen körperlichen Fitness von Pflegeheimbewohner inne n mit Mobilitätseinschränkungen - Durchführung soll durch zertifizierte Tai-Chi Lehrer innen mit gerontologischen Kenntnissen erfolgen - Tai-Chi Programm: Aufwärmphase, Tai-Chi Phase, Abkühlungsphase (3x wöchentlich für je 50 Minuten)

<i>Intervention, die (auch) für NutzerInnen mit leichten und mittelgradigen kognitiven Beeinträchtigungen geeignet sind</i>	
Name und Autor	Ziele und Inhalte
Aktiv in jedem Alter – Ulmer Modell (Lindemann 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit dem Fokus auf Kraft und Balance - 1. Gruppentrainingsprogramm (Gleichgewichts- und Koordinationsübungen, Kraftübungen sowie Beweglichkeits- und Muskeltonustraining im Sitzen und Stehen und 2. Pflegebegleitende Maßnahmen. - 2x wöchentlich à 60 Minuten

Name und Autor	Ziele und Inhalte
Armtraining für gehbehinderte, gebrechliche Personen (Venturelli et al. 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkung der Muskelkraft der oberen Extremitäten und Verbesserung der ADL-Fähigkeiten - Teilnahme auch für Rollstuhlfahrer innen und Personen mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen möglich - Trainingseinheiten: Aufwärmphase (Arm- und Schultermobilisation), Zirkeltraining (Kraftübungen für die oberen Extremitäten) und Abkühlphase (Dehnungsübungen) (3x wöchentlich über einen Zeitraum von 12 Wochen)
Bewegt im hohen Alter: Programm zur psychomotorischen Aktivierung in Altenpflegeeinrichtungen (Tittlbach et al. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung von motorischen und kognitiven Fähigkeiten zur Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten - Kombination von Kraft- und Koordinationsübungen zum Erhalt und zur Stärkung des Stütz- und Bewegungsapparates und Gedächtnis- und Entspannungsübungen (2x wöchentlich mit einer Dauer von 45-60 Minuten)
Bewegte Alten- und Pflegeheime (Dittmar/Schumann-Schmid o.J.)	<ul style="list-style-type: none"> - Erhaltung und/oder Förderung der körperlichen Mobilität - 30minütiges Trainingsprogramm: Aufwärmphase, Hauptteil, Ausklangphase (5x wöchentlich über einen Zeitraum von 6 Monaten unter Anleitung einer s Sporttrainers Sporttrainerin und einer Pflegekraft)
Fit für 100 (Deutsche Sporthochschule Köln o.J.)	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt und Wiederaufbau alltagsrelevanter Bewegungskompetenzen - alltagsnahes Training der großen Muskelgruppen (z. B. Gehen, Bücken, Aufstehen, Hinsetzen etc.) und spezifische Koordinations-, Gleichgewichts- und Kraftübungen (2x wöchentlich für ca. 60 Minuten)
HIFE – High Intensity Functional Exercise Program (Littbrand et al. o.J.)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung des Gleichgewichts und der Gehfähigkeit - Einteilung der Teilnehmer innen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit - Funktionales Training: Aufwärmphase, Haupttrainingsphase mit unterschiedlichen Übungen (2x wöchentlich à 45 Minuten)
PATRAS – Paderborner Trainingsprogramm für Senioren (Möllenhoff et al. 2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt bzw. Verbesserung der Alltagsmobilität - Teilnahmevoraussetzung ist, dass Teilnehmer innen einfache Übungen, ggf. mit Unterstützung, nachahmen können - Kräftigungstraining sollte mit der Unterstützung zweier Übungsleiter innen durchgeführt werden (2x wöchentlich à 60 Minuten)
SimA-P – Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner (Oswald et al. 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Erhaltung und Verbesserung geistiger und körperlicher Fitness - 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); täglich à 40-50 Minuten
WEBB – Weight Bearing Exercise for better Balance (Sherrington et al. 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Gleichgewichtsfähigkeit, der Muskelkraft und der Ausdauerfähigkeit - Trainingseinheiten bestehen aus Aufwärmphase, Koordinationsphase, Kraft- und Koordinationsübungen sowie Ausdauerphase (insgesamt 9-11 Übungen) - Übungen werden jeweils 3-5x wöchentlich für 45-60 Minuten durchgeführt

<i>Speziell für demenzerkrankte Nutzer*innen konzipierte Interventionen</i>	
Name und Autor	Ziele und Inhalte
Hochintensives bewegungsförderndes Gruppentraining für demenzerkrankte ältere Menschen (Netz et al. 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit und funktionalen Mobilität von demenzerkrankten Personen - Gruppentraining: Aufwärmphase mit Beweglichkeits-, Kraft-, und Koordinationsübungen der oberen und unteren Extremitäten; anschließend weitere Übungen zur Stabilisierung des Gleichgewichts und soziale Aktivitäten (2x wöchentlich à 45 Minuten über einen Mindestzeitraum von 12 Wochen)
Kraft- und Funktionstraining bei älteren Menschen mit demenzieller Erkrankung (Schwenk et al. 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Muskelkraft und der Balancefähigkeit sowie motorisch-kognitiver Leistungen. - Kraft- und Funktionstraining: 1) progressives Kraft- und Funktionstraining; 2) Training motorisch-kognitiver Leistungen; 3) „demenzspezifische“ Ausrichtung der Trainingseinheiten (2x wöchentlich à 12 Minuten)
MAKS – motorisches, alltagspraktisches und kognitives Aktivierungstraining (Eichenseer/Gräfel 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der geistigen, körperlichen und seelischen Fähigkeiten von Demenzkranken sowie Verbesserung von alltagspraktischen Fähigkeiten und der Selbstständigkeit - Kombination von Modulen der Psychomotorik, der Alltagspraxis, der Kognition und der Spiritualität
Physisches Balancetraining für Demenzerkrankte (Toulotte et al. 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Balance- und Gleichgewichtsfähigkeiten - Physisches Balancetraining bestehend aus Übungen zur Muskelkraftstärkung, zur Förderung der Wahrnehmung von Körperbewegungen und Verbesserung der statischen und dynamischen Balance (45minütige Einheiten 2x wöchentlich über einen Mindestzeitraum von 16 Wochen)

Tab. 1: Übersicht empfohlener Interventionen

4. Diskussion und Schlussfolgerung

Die Bestandsaufnahme/-analyse hat bestätigt, dass sich mittlerweile zahlreiche wissenschaftliche Studien mit den Potenzialen bewegungs- bzw. mobilitätsfördernder Interventionskonzepte für alte Menschen und deren Anwendbarkeit und Effektivität befassen und sie belegen, dass Bewegungsförderung bis ins hohe Alter zu einem Gewinn an körperlicher und psychischer Gesundheit beitragen kann. Positiv ist auch festzuhalten, dass mittlerweile etliche Studien und Interventionskonzepte existieren, die speziell für kognitiv beeinträchtigte Menschen entwickelt wurden oder sie einbeziehen.

Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass sich viele Studien nach wie vor auf die Gruppe der jüngeren und gesundheitlich rüstigen Alten konzentrieren und Menschen im höheren Alter und mit bedingter oder gar fragiler Gesundheit noch immer eher selten in den Blick genommen werden (auch Horn/Schaeffer 2013). Das gilt auch für viele, insbesondere internationale, im Setting ‚stationäre Langzeitversorgung‘ erprobte Ansätze und erklärt, warum schlussendlich nur eine vergleichsweise geringe Zahl von 19 Interventionskonzepten/-programmen zur Aufnahme in die Datenbank für die Praxis empfohlen werden konnte. Denn die mit der Durchführung bewegungsfördernder Interventionen für jüngere Personen verbundenen Anforderungen erwiesen sich häufig als inkompatibel mit den tatsächlichen Möglichkeiten der Zielgruppe ‚NutzerInnen stationärer Langzeitversorgung‘.

Ebenso wurden im Verlauf der Analyse zahlreiche Konzepte/Interventionen ausgeschlossen, die in Untersuchungen mit sehr eng formulierten Teilnahme Kriterien (z. B. nur Personen nach Einsatz einer Knie-Endoprothese) entwickelt und erprobt wurden. Mag diese Limitierung aus methodischer Sicht nachvollziehbar sein, sie hat dennoch zur Folge, dass die Interventionen inhaltlich stark auf einzelne Krankheitsbilder bzw. spezifische Bewegungsstörungen zugeschnitten sind. Die erzielten Effekte sind daher nicht generalisierbar und auf die Gesamtheit der NutzerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen übertragbar. Zudem ließen die in diesen Untersuchungen ausgewählten Messgrößen (z. B. eine gesteigerte Muskelkraft in einer bestimmten Extremität) oft keine Schlussfolgerungen darüber zu, ob und welchen Einfluss die Intervention auf die tatsächliche Bewegungsfähigkeit der hier im Mittelpunkt stehenden Zielgruppe hat.

Insgesamt, so ist zu konstatieren, fehlt es für die Gruppe der hochaltrigen, gesundheitlich beeinträchtigten und pflegebedürftigen Menschen nach wie vor an für sie geeigneten und auf ihre besonderen Fähigkeiten zugeschnittenen Interventionen. Daher bedarf es in der Zukunft dringend der Entwicklung weiterer Interventionskonzepte für diese Zielgruppe, aber auch der Durchführung von Untersuchungen, die sich mit den durch sie erzielbaren Effekten unter den Realbedingungen des Settings ‚stationäre pflegerische Langzeitversorgung‘ befassen.

Doch auch Informationslücken⁸ – sei es zum Inhalt und Konzept, zur Wirksamkeit oder aber zur Umsetzung und den erforderlichen Implementationsbedingungen – bildeten häufig einen Grund für den Ausschluss einer Intervention. Dass solche Informationslücken bestehen, dürfte daran liegen, dass ein Großteil der Interventionen im Rahmen wissenschaftlicher Studien entwickelt und evaluiert wurde und nur wenige Publikationen existieren, die sich mit deren Umsetzung in der Praxis befassen. Weiterführende Recherchen mit dem Ziel, Praxisanleitungen oder Manuale zu identifizieren, blieben in der Regel ohne Ergebnis. Als Fazit ist daher festzuhalten, dass bei vielen (auch evaluierten) Interventionen unverzichtbare Informationen für die Umsetzung und Implementation fehlen. Offenbar stellt die Publikation und Aufarbeitung von bewegungsfördernden Interventionen in einer für die Praxis geeigneten Form eher die Ausnahme dar.

Da dem Thema Bewegungsförderung auch in der Praxis vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird und hier ebenfalls Aktivitäten zur Konzipierung von Interventionen existieren, wurde bei der Bestandaufnahme auch nach bewegungsfördernden Interventionen gesucht, die in der Praxis entwickelt wurden. Hier stellt sich die Lage beinahe konträr zur wissenschaftlichen Diskussion dar, wie die Analyse zeigt: Für die meisten dieser Interventionen liegen keine bzw. nur unzureichende Wirksamkeitsnachweise vor. Mit anderen Worten: ihnen fehlt oft ein tragfähiges, wissenschaftlich abgesichertes konzeptionelles Fundament und oft auch eine systematische Evaluation. Auch dies

⁸ Mit Blick auf die Umsetzung bewegungsfördernder Interventionen in der Praxis war es eine wichtige Erkenntnis, dass sich bei einem Teil der empfohlenen Interventionen das Zusammentragen notwendiger Informationen zur Durchführung vergleichsweise aufwändig gestaltete. Für viele Pflegeeinrichtungen dürfte dies ein Problem darstellen und eher abschreckend wirken.

fürhte zum Ausschluss vielversprechender Konzepte⁹ und auch hier bedarf es künftig dringend der Veränderung.

Während die bisher dargestellten Überlegungen vorrangig erklären, warum viele bewegungsfördernde Interventionen keine Beachtung in der erstellten Datenbank und Übersicht finden, sollen abschließend einige wichtige Implementationsaspekte thematisiert werden.

Generell zeigt die Bestandaufnahme und -analyse, dass die Implementation bewegungsfördernder Konzepte für die Pflegeeinrichtungen mit dem Einsatz zusätzlicher personeller und finanzieller Ressourcen verbunden sein wird. Das hat unterschiedliche Gründe: So erfordert die Umsetzung bewegungsfördernder Interventionen spezielle Kompetenzen und setzt daher eine vorbereitende Qualifizierung von MitarbeiterInnen oder aber den Einsatz entsprechend qualifizierten externen Personals (z. B. PhysiotherapeutInnen) voraus. Viele Interventionen sind zudem mit Anschaffungskosten für notwendige Materialien verbunden oder verlangen bestimmte bauliche Bedingungen bzw. Veränderungen. Zu erwähnen ist auch, dass etliche Interventionen aus konzeptionellen Gründen eine limitierte Teilnehmerzahl vorsehen und dies dazu führen kann, dass eine Intervention mehrfach angeboten werden muss, bzw. angesichts der Heterogenität der BewohnerInnen unterschiedliche Interventionen in einer Einrichtung erforderlich sind, um alle NutzerInnen zu erreichen. All dies kostet personelle und zeitliche Ressourcen. Die Umsetzung von Interventionen für Menschen mit Demenz, die inzwischen die Mehrzahl der HeimbewohnerInnen ausmachen, erfordert zudem die Bereitstellung weiterer personeller und zeitlicher Ressourcen und auch dies dürfte manche Einrichtungen vor Herausforderungen stellen.

Darüber, ob und wie stationäre Pflegeeinrichtungen mit den skizzierten Umsetzungs Herausforderungen umgehen und inwieweit diese und andere Probleme einer systematischen Implementation und zielkonformen Umsetzung bewegungsfördernder Ansätze in stationären Pflegeeinrichtungen entgegenstehen, existieren noch keine gesicherten Erkenntnisse. Diese Forschungslücke zu füllen ist wichtig, um Hinweise darüber zu bekommen, wie es gelingen kann, bewegungsfördernde Interventionskonzepte erfolgreich und nachhaltig in Einrichtungen der stationären Pflegeeinrichtungen umzusetzen. Dass dabei den schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen in diesem Setting (ex. Wingenfeld 2008) besondere Beachtung zu schenken ist, dürfte selbstredend sein.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die in der Datenbank aufgelisteten Interventionen zwar einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit der NutzerInnen leisten können. Sie sollten jedoch nicht isoliert als Maßnahme eingeführt werden, sondern sind als ein Baustein zu verstehen, der in eine Gesamtkonzeption zur Bewegungsförderung eingebettet werden muss. So sind beispielsweise ergänzende verhältnisorientierte Interventionen erforderlich, etwa die Schaffung

9 Beobachtbar war ein weiteres Phänomen in der Praxis: Häufig werden bereits etablierte Programme (oft aus anderen Settings) übernommen und ggf. durch Reduktion an das Setting angepasst. Streng genommen entstehen so „neue“ Interventionen, die zwar möglicherweise praktikabel sind, aber deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist.

räumlicher Bedingungen in den Einrichtungen, die den Bewohner|inne|n erlauben, ihre Bewegungspotenziale auch im Alltag zu entfalten. Auch die Gestaltung pflegerischer Unterstützungsleistungen in einer Form, die den NutzerInnen ein hohes Maß an Partizipation und Teilhabe ermöglicht, stellt einen wichtigen Beitrag dar.

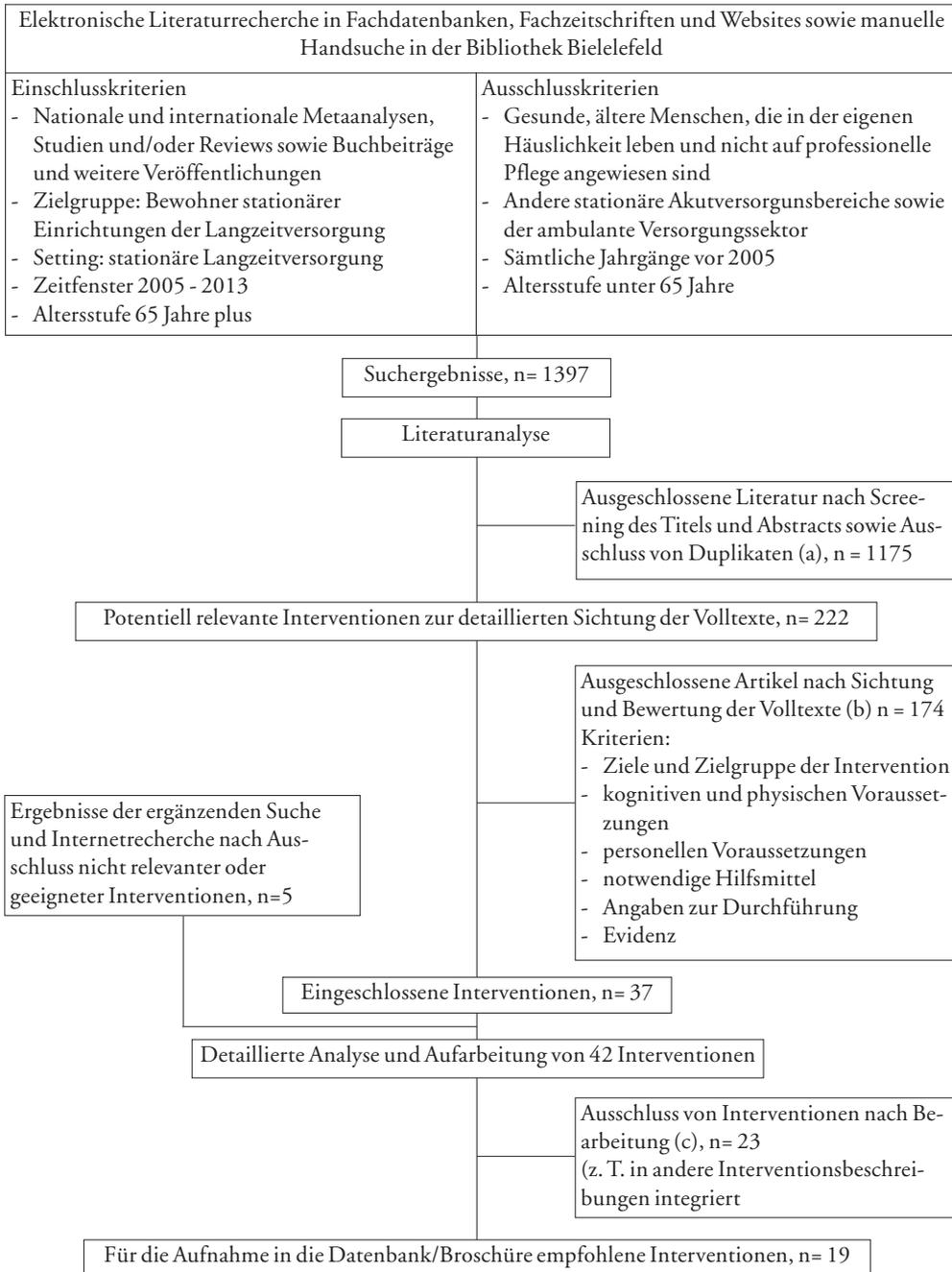


Abbildung 1

Literatur

- Chen, K.M./Chen, W.T./Huang, M.F. (2006): Development of the simplified Tai Chi exercise program (STEP) for frail older adults. In: *Complementary Therapies in Medicine* 14, 200-206
- Chin A Paw, M.J./van Poppel, M.N./van Mechelen, W. (2006): 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. In: *BioMed Central Geriatrics* 6, 9
- 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. In: *Journal of Rehabilitation Medicine* 44, 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. In: *Journal of Geriatric Physical Therapy* 32, 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
- 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> [Stand 2013-08-29]
- Eichenseer, B./Gräßel, E. (2011): Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz: motorisch – alltagspraktisch – kognitiv – spirituell. München: Elsevier Verlag
- Garms-Homolová, V. (2011): Pflege im Alter. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 405-427
- Horn/Kleina/Vogt/Koch/Schaeffer (2013): Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Literaturrecherche und Anlagenband. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P13-148/149
- Horn, A./Schaeffer, D. (2013): Bewegungsförderung im hohen Alter und in der Langzeitversorgung. In: Burger, S. (Hrsg.): *Alter und Multimorbidität – Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung*. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 153-174
- Horn, A./Schaeffer, D. (2011): Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P11-146
- Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D. (2012): Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In: Geuter, G./Hollederer, A. (Hrsg.): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Huber, 305-318
- Kleina, T./Cichocki, M./Schaeffer, D. (2013): Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern – Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. In: *Pflege und Gesellschaft* 18, 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). P12-147
- Korte-Pöppers, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): *Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts*. Düsseldorf: MAGS
- 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. In: *Physical Therapy* 86, 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. In: *Journal of American Geriatrics Society* 59, 1274-1282
- Möllenhoff, H./Weiß, M./Heseker, H. (Hrsg.) (2005): Muskelkräftigung für Senioren – Ein Trainingsprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der Mobilität. Hamburg: Behr's Verlag
- Netz, Y./Axelrad, S./Argov, E. (2007): Group physical activity for demented older adults - feasibility and effectiveness. In: *Clinical Rehabilitation* 21, 977-986
- Oswald, W.D./Ackermann, A./Süß, B. (2007): SimA-P in Stichworten. Fürth: SimA – Akademie e.V.
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, 441-451
- Schoenfelder, D.P./Rubenstein, L.M. (2004): An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. In: *Applied Nursing Research* 17, 21-31
- Schwenk, M./Oster, P./Hauer, K. (2008): Kraft- und Funktionstraining bei älteren Menschen mit dementieller Erkrankung. In: *Praxis Physiotherapie* 2008, 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 [Stand 2013-08-29]
- Sportbund Bielefeld (2009): MIA - Mobil im Alter. Trainingshandbuch. Bielefeld: Sportbund Bielefeld e.V.
- 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. In: *Journal of Cardiovascular Nursing* 24, 344-351
- Tittlbach, S./Binder, M./Bös, K. (2012): *Bewegt im hohen Alter*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag
- Toulotte, C./Fabre, C./Dangremont, B./Lensel, 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. In: *Age and Ageing* 32, 67-73
- Venturelli, M./Lanza, M./Muti, E./Schna, F. (2010): Positive Effects of Physical Training in Activity of Daily Living-Dependent Older Adults. In: *Experimental Aging Research* 36, 190-205
- Wingenfeld, K. (2008): Stationäre pflegerischer Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. 1. Auflage Bern: Huber, 370-381

Dr. Annett Horn

Dominique Vogt

Thomas Kleina

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Annett Horn, annett.horn@uni-bielefeld.de (korrespondierende Autorin)

Beiträge

Manfred Schnabel

Die Regierung der Demenz

The government of dementia

In critical perspectives, current social and political trends are described as replacing the welfare state through market-like organized forms of self-care. Michel Foucault's concept of „governmentality“ has frequently been employed to analyze this process. In this thesis, suggestions regarding its suitability for application within the wider dementia discourse will be developed. Questions surrounding the functionality of biomedical interpretation and action models for governmental management premises occupy a central location in this context. To this end, in the first instance, major objections to the biomedical model of dementia are presented, as shown by the example of the prominent 'amyloid' hypothesis. Subsequently, the principles of governmentality are examined. The aim is to distinguish the long-standing prominence of the amyloid model in terms of its political rather than its medical usefulness. Finally, ideas are developed on the basis of three examples. In this way, the productivity of governmentality actions can primarily be understood as a means towards a new research perspective and new forms of questioning.

Keywords

Dementia, amyloid model, Foucault, Governmentality, self-care

In kritischer Perspektive werden aktuelle sozialpolitische Trends als Ablösung des Fürsorgestaates durch marktförmig organisierte Formen der Selbstsorge beschrieben. Für eine Analyse dieses Prozesses wurde Michel Foucaults Konzept der Gouvernamentalität schon häufig nutzbar gemacht. Vorschläge für seine Anwendung auf Diskurse zur Demenz werden an dieser Stelle entwickelt. Die Frage nach der Funktionalität biomedizinischer Deutungs- und Handlungsmodelle für gouvernementale Steuerungsprämissen steht dabei an zentraler Stelle. Zu diesem Zweck werden zunächst wesentliche Einwände gegen das biomedizinische Modell der Altersdemenz, exemplarisch dargestellt am Beispiel der prominenten Amyloid-Hypothese, vorgestellt. Im Anschluss werden Grundlagen des Gouvernamentalitätsansatzes abgehandelt. Ziel ist es, die langwährende Prominenz des Amyloid-Modells nicht aus seiner medizinischen, sondern seiner politischen Verwertbarkeit abzuleiten. Anhand von drei Beispielen werden abschließend Ideen dazu entwickelt. Die Produktivität des Gouvernamentalitätsansatzes lässt sich dabei vor allem als Weg zu einer neuen Forschungsperspektive und neuen Fragestellungen fassen.

Schlüsselwörter

Demenz, Amyloid-Modell, Foucault, Gouvernamentalität, Selbstsorge

eingereicht 21.04.2013

akzeptiert 03.10.2013

Einleitung¹

Diese Arbeit versucht eine Anwendung des „Gouvernementalitätskonzepts“ und der daran anschließenden sozial- und pflegewissenschaftlichen Forschung auf ausgewählte Themen aus dem Feld der Demenz. Biomedizinische und politische Programme werden im Folgenden als Ausdruck einer gouvernementalen Regierungsstrategie interpretiert. Als deren Zweck wird eine rationale, das heißt wesentlich auf Eigenverantwortung und Dezentralisierung beruhende Steuerung der demenzspezifischen Phänomene angenommen. Ausgangspunkt der Überlegungen ist das „Amyloid-Modell“, das wohl prominenteste biomedizinische Konzept der Alzheimer-Demenz. Wichtige ontologische Einwände dagegen werden zunächst kurz vorgestellt. Die bekannte Kritik wird in einem zweiten Schritt mit der Frage nach dem Nutzen und der Produktivität des Modells verbunden. Nicht seine Bruchstellen stehen somit im Fokus, sondern die vielfältigen privaten und staatlichen Steuerungsoptionen, die es trotz oder gerade wegen seiner Brüche zu generieren im Stande ist. An drei Beispielen wird das skizzenhaft aufgezeigt: Zunächst wird die Konstitution eines Krankheitsbildes Demenz als Vorbedingung für eine an der Körperlichkeit menschlicher Phänomene ansetzenden Machtstrategie interpretiert. Zweitens werden die Zeichenbasis des Konzeptes und ihre Nutzung für die Diagnostik als notwendige Vorbedingung für eine strikte Individualisierung der Demenz gedeutet, die wiederum Voraussetzungen für eine daran anschließende eigenverantwortliche Bewältigungspraxis ist. Drittens wird das Amyloid-Modell als indirekt konstitutiv für eine Reihe sozialer Bewegungen interpretiert, deren innere Kohärenz und Dynamik sich aus der Opposition heraus entfaltet und die als notwendiges Korrektiv etablierter Strategien neue Praxisfelder zu generieren im Stande sind. Abschließend werden die genannten Punkte in den Gesamtzusammenhang einer Regierungstechnik gestellt, deren Programm als Transformation sozialstaatlicher Sorgearbeit in private Vorsorge gefasst werden kann.

Die Fruchtbarkeit der Gouvernementalität als Forschungsperspektive aufzuzeigen ist das Hauptanliegen des Textes. Foucaults späte Neuformulierung seiner Machtanalytik wurde von den Sozialwissenschaften bereits häufig rezipiert (vgl. die Übersicht bei Lemke 2008: 47ff). Für das Feld der Pflege hat sie u. a. Friesacher (2004, 2010) und aktuell Newerla (2012) fruchtbar gemacht. Der schwierige und unscharfe Begriff bezeichnet im Wesentlichen eine Regierungspraxis, die nicht Zwang und Repression einsetzt, sondern über die Gestaltung von Möglichkeitsbedingungen für die Selbstführung der Regierten operiert. Er erlaubt es, ein staatliches Programm und den dagegen gerichteten Widerstand als Effekt des gleichen Machtsystems zu begreifen. Er operiert mit einem weit gefassten Verständnis von Regierung, das die Grenzen zwischen Staat, Subjekt, Selbst- und Fremdführung aufhebt und deshalb für eine kritische Begleitung sozialstaatlicher Privatisierungstendenzen als besonders geeignet gilt (Lessenich 2003: 81).

¹ Der folgende Text ist im Anschluss an einen Beitrag zum 3. Hochschultag der DG Pflegewissenschaft am 07.12.2012 an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar entstanden.

Für die Pflegewissenschaft als Profession an der Schnittstelle zwischen Lebenswelt und Institution kann der Ansatz als besonders produktiv gelten. Das Konzept ermutigt dazu, scheinbar natürliche Grenzziehungen, z. B. zwischen privat und öffentlich oder Autonomie und Fremdbestimmung, zu problematisieren und auf ihren strategischen Nutzen zu befragen, Friesacher hat dies durch die kritische Dekonstruktion der Konzepte „Patientenautonomie“ und „Nutzerorientierung“ im Kontext pflegerisch-medizinischer Interventionen (2010: 66f) oder des Begriffs der „Bedürfnisorientierung“ als Leitlinie zielgerichteten pflegerischen Handelns (2004: 372) mehrfach aufgezeigt. In einen Zusammenhang gebracht mit den angedeuteten sozialstaatlichen Trends kann Autonomie auch als Risikoverschiebung in Richtung des betroffenen Individuums und der bedürftige Mensch als Produkt einer rationalen Sozialordnung innerhalb einer gesamtgesellschaftlichen Dynamik betrachtet werden (ebd.). Es offenbaren sich neue Deutungsmöglichkeiten für vordergründig positiv geladenen Konzepte und somit neue Möglichkeiten, Forschungsfragen zu formulieren.

1. Morbus Alzheimer – Wissen und Widersprüche

Jahrzehnte der Forschung haben das biopathologische Bild der Alzheimer-Krankheit komplexer werden lassen. Neben wesentlichen Korrelaten wie intrazellulären Amyloid-Plaques und interzellulären Tau-Fibrillen werden heute eine Reihe weiterer Krankheitszeichen mit ihr assoziiert. Dazu gehören z. B. Defizite im cholinergen System, Veränderungen zerebraler Gefäße oder spezifische Entzündungszeichen in den befallenen Regionen. Die Amyloid-Hypothese verknüpft diese Befunde zu einer dynamischen Kausalkette: An ihrem Anfang steht die langsame Aggregation von β -Amyloid, an ihrem Ende das Vollbild einer Demenz. Die genannten Krankheitszeichen werden als aufeinanderfolgende Stufen eines durch die Plaquebildung angestoßenen Zerstörungsprozesses in die Kette integriert. Diese Syntheseleistung ist zweifellos der Grund für die Prominenz des Konzeptes im medizinisch-naturwissenschaftlichen Diskurs. Erst das Amyloid-Modell bindet die für sich genommen unklaren Einzelbefunde konzeptionell aneinander und integriert sie in ein schlüssiges Krankheitsgeschehen². Die Beschreibung eines Krankheitsbildes wiederum erlaubt eine Abgrenzung der Demenz von „normalen“ Altersverlusten und macht sie anschlussfähig an medizinische Deutungsmuster und Handlungsmodelle. Das Modell ist deshalb konstitutiv für das medizinische Konzept der Demenz. Ohne eine Vorstellung über Ätiologie und Pathogenese fänden sich weder Ansatzpunkte für diagnostische oder therapeutische Verfahren noch eine Stoßrichtung für die biomedizinische Forschung (Dillmann 2000: 147).

Die Zweifel an der Erklärungskraft der Amyloid-Hypothese sind allerdings erheblich. Angriffsfläche bietet z. B. die unscharfe Korrelation zwischen einer manifesten Alzheimerpathologie und einem empirisch manifesten demenziellen Syndrom. Plaques und Neurofibrillen z. B. lassen sich auch in den Gehirnen klinisch gesunder Menschen nachweisen, oft in einer Konzentration, die eine Alzheimerdiagnose rechtferti-

² Ausführlich zur Bedeutung des Krankheitsbegriffs aus wissenschaftstheoretischer Perspektive Schmidt-Wilke (2003).

gen würde. Umgekehrt findet man sie bei Menschen mit einer zu Lebzeiten ausgeprägten Alzheimer-Symptomatik manchmal nur in geringer Zahl. Ihr Vorkommen muss demnach als höchst unspezifisches Krankheitszeichen gewertet werden. Innerhalb des Diskurses wird ihnen eine Verbindung zur Demenz mitunter ganz abgesprochen (Whitehouse et al. 2009: 98f). Auch der unbestreitbare Zusammenhang von Lebensalter und Demenz wird häufig als Argument gegen ein pathologisches Geschehen verwendet. Angesichts eines Demenzrisikos von mehr als 30% für die über 90jährigen und von mehr als 50% für die über 100jährigen (Bickel 2012) ist es schwer, der neuronalen Degeneration eine gewisse Natürlichkeit abzusprechen. Wenn ein immer längeres Leben letztendlich in Demenz mündet, müsste ansonsten im Alter selbst ein Krankheitsprozess vermutet werden (Lock 2008: 62f). Anlass zu kritischen Reflexionen gibt außerdem der Umstand, dass aus dem Amyloid-Modell bis heute keine erfolgreichen Behandlungsstrategien abgeleitet werden konnten. Das lange Festhalten an den Plaques als Ansatzpunkt ist angesichts des Scheiterns aller gegen sie gerichteten Interventionen zumindest merkwürdig. Kritiker sehen darin eine forschungspolitisch motivierte Vereinfachung, ein Ausblenden alternativer Deutungsmöglichkeiten zugunsten eines zwar mehrdeutigen, dafür aber gut sichtbaren Befundes (Whitehouse et al. 2009: 100f). Schließlich sind es die erheblichen Wissenslücken im Kern des Amyloid-Modells selbst, die es für Kritik anfällig machen. Weder der Auslöser der Kaskade noch ihr Mechanismus noch die eigentliche Art und Weise der neuronalen Schädigung sind bekannt (Whitehouse et al. 2011: 34). In kritischer Perspektive ist es daher kaum mehr als Forschungsheuristik.

Natürlich gibt es gute Argumente für ein Zusammenspiel von Amyloid-Kreislauf und Demenz. So kann der Nachweis von Plaques bei über 80% der von Demenz betroffenen alten Menschen (Förstl 2011: 273) nicht ignoriert werden, auch wenn ein unmittelbarer kausaler Zusammenhang zwischen neuropathologischem Befund und demenziellem Syndrom bislang nicht bewiesen werden konnte. Für das Zusammenspiel spricht außerdem das hohe Krankheitsrisiko von Menschen mit einer genetisch bedingten Überproduktion des Amyloidvorläuferproteins APP (autosomale Mutation auf Chromosom 21, Trisomie 21). Plaques entstehen als Folge der Verklumpung von β -Amyloid, einem Abbauprodukt von APP. Ein Zusammenhang zwischen dessen Produktion, der Bildung von Plaques und der späteren Manifestation einer Demenz scheint naheliegend. Wegen einer Reihe von Besonderheiten im Krankheitsbild dieser genetisch disponierten Gruppe, z. B. früher Krankheitsbeginn, rasche Progredienz und Unterschiede in der Symptomatik, wird diese Form aber mitunter eher als eigenständige Krankheit denn als Variante der Alzheimer-Demenz betrachtet (Natale et al. 2011). Außerdem verfügt nur ein Bruchteil der Alzheimer-Patienten über ein entsprechendes genetisches Profil. Eine Amyloid-Kaskade lässt sich somit auch nur für diese spezielle, meist schon in jüngeren Jahren betroffene Gruppe valide behaupten.

Große Hoffnungen werden von Protagonisten des biomedizinischen Modells derzeit mit der Biomarkerforschung verbunden. Vor allem die Messung von β -Amyloid und Tau-Proteinen im Liquor soll es ermöglichen, die Akkumulation von Plaques und Fibrillen bereits bei klinisch gesunden Personen zu bestimmen und eine Alzheimerer-

krankung unabhängig von demenziellen Zeichen zu diagnostizieren. Die Alzheimer-Krankheit wird dadurch zu einer „Kontinuum-Erkrankung“. Sie beginnt mit einer symptomfreien, nur über Biomarker zu bestimmenden präklinischen Phase, geht über in das Frühstadium des „Mild Cognitive Impairments“ und vollendet sich schließlich in der Demenz (Fiedler et al. 2012: 663f). Heilen lässt sie sich freilich in keinem der genannten Stadien. Zumindest aber will dieses neue Krankheitsverständnis dazu beitragen, eine der genannten Schwachstellen des älteren biomedizinischen Modells zu beseitigen: Wenn eine Diagnosestellung über Biomarker die Bestimmung der Alzheimer-Krankheit unabhängig von klinischen Symptomen ermöglicht, stellt das Auftreten neuropathologischer Zeichen bei symptomfreien alten Menschen nicht mehr notwendigerweise einen Widerspruch dar. Auch sie können nun als krank gelten. Die eigentliche Demenz ist nicht länger obligatorisch, sondern nur noch die extreme Ausprägung eines individuell variablen Krankheitsgeschehens. Ob sich das Vollbild einer Demenz einstellt wird als abhängig von individuellen Reserven betrachtet, die wiederum vom Lebensalter und von biographischen Faktoren wie Bildungsgrad und Lebenswandel beeinflusst werden (Schröder et al. 2010: 63f). Hier stellt sich allerdings die Frage, ob das Problem der fehlenden Korrelation zwischen Neuropathologie und Demenz tatsächlich beseitigt oder lediglich transzendiert wird. Wenn die zerstörerische Kraft von Plaques und Fibrillen abhängig bleibt von individuellen, zumindest bezüglich des Alters und der biographischen Prägung unabwendbaren Faktoren, dann scheint im Kontinuum-Modell kein echter Fortschritt zu liegen. Ob das unverkennbare Zusammenspiel von Lebensalter und Demenz als Folge eines natürlichen Alterungsprozesses oder als Nachlassen der Widerstandskräfte gegen pathologische Veränderungen betrachtet wird, ist letztlich gegenstandslos. Dass von Befürwortern häufig gebrauchte Argument, über eine biomarkergestützte Frühdiagnostik auch früh intervenieren zu können, bleibt angesichts des Fehlens von Interventionsmöglichkeiten fragwürdig. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist die aktuelle Biomarker-Forschung auch im innermedizinischen Diskurs nicht unumstritten (Fiedler et al. 2012: 667).

Die genannten Einwände lenken den Blick auf die Komplexität des Problems und auf die vielfältigen Möglichkeiten seiner Deutung. Die Debatte ist vielschichtig und verläuft außerhalb eindeutiger Frontlinien. Reichweite und Potenz biomedizinischer Modelle und Interventionen werden auch innerhalb der Biowissenschaften differenziert und kontrovers diskutiert (vgl. z. B. Beyreuther 2012). Wie eingangs angekündigt sollen aber nicht Wahrheitsgehalt oder Kohärenz, sondern Funktionalität und Anschlussfähigkeit des Konzeptes untersucht werden. Die Aufmerksamkeit gilt nicht der „Wahrheit“ an sich, sondern den Folgen ihrer Behauptung. Wahrheit wird in Anlehnung an Foucault als die Gesamtheit an geregelten Verfahren für die Produktion und das Funktionieren von Aussagen verstanden. Sie wird von Machtsystemen generiert und produziert selbst Machtwirkungen, die sie stützen und erhalten (Foucault 2003a: 212). Wahrheit kann somit auf ihre Möglichkeitsbedingungen und auf ihre wirklichkeitskonstituierenden Effekte befragt werden. Als Wahrheitspolitik ist sie Bestandteil einer gouvernementalen Regierungspraxis. Grundbegriffe des Gouvernementalitätsansatzes werden im Folgenden kurz skizziert.

2. Die Gouvernamentalität

2.1 Macht, Wissen und politische Rationalität

Foucault zufolge bewirken Modernisierungsprozesse und demografische Veränderungen seit Beginn der Neuzeit eine langsame aber grundlegende Veränderung von Prämissen und Strategien der Staatsführung. An die Stelle einer auf das Staatsoberhaupt bezogenen und durch den Rekurs auf die göttliche Ordnung legitimierten Staatskunst etabliert sich eine Form von Regierung, deren Ankerpunkt der Staat selbst ist und deren Rationalität aus den natürlichen Eigenschaften der Dinge abgeleitet wird, die es zu regieren gilt. Statt die verfügbaren Güter optimal im Interesse einer höheren Macht zu verwenden, konzentriert sich eine neue politische Ökonomie auf ihre Erforschung und Vermessung zum Zwecke einer rationalen, aus der genauen Kenntnis ihrer Natur abgeleiteten Verwertung. Ihr wichtigstes Instrument findet diese Regierungsform in den spezifischen Phänomenen einer rasant wachsenden Bevölkerung, ihren Bezugspunkt im Idealbild eines freien und selbstregulativen Marktes. Während die Zunahme an Menschen neue Formen der Steuerung verlangt, z. B. bezüglich der Organisation der Städte, der Produktionsprozesse, der Geburtenrate oder der Seuchenbekämpfung, eröffnen die Eigengesetzlichkeiten der Bevölkerung gleichzeitig neue Möglichkeiten der Regulation. Die in den gesellschaftlichen und ökonomischen Prozessen entdeckte Regelmäßigkeit wird zum Angriffspunkt für Regierungstechnologien. Sie zu achten, zu fördern und diskret zu begleiten wird zu ihrer wichtigsten Strategie (Foucault 1983: 135f, 2003b: 814ff).

Dieses neuzeitliche Machtsystem bezeichnet Foucault mit dem Neologismus „Gouvernamentalität“³, ihre moderneren Spielarten mit den Zusätzen liberale bzw. neoliberale Gouvernamentalität. In Abkehr zu seinen früheren Arbeiten fasst es Macht unter dem Blickwinkel von „Führung“ und weist dem Konzept der „Regierung“ eine zentrale Bedeutung zu. Regierung ist dabei nicht als souveräne Institution, sondern als ein allgemeines Prinzip von Führung zu verstehen, als Konglomerat von Selbst- und Herrschaftstechnologien. Regierungshandeln ist den Individuen nicht äußerlich, sondern arbeitet durch sie und mit ihnen. Es prozessiert ein fließendes Gleichgewicht aus Zwang und Autonomie. Die Konstitution des Staates und die Subjektivierung seiner Individuen als Staatsbürger vollziehen sich innerhalb dieses Spannungsfeldes wechselseitig aufeinander bezogen. In der Perspektive der Gouvernamentalität verschwimmen deshalb die Grenzen zwischen öffentlichen und privaten Räumen ebenso wie zwischen Macht und Subjekt. Das Postulieren solcher Grenzen kann vielmehr selbst als Bestandteil von Regierungsstrategien analysiert werden (Lemke 2008: 13/54).

Ein weiterer Aspekt von Regierung ist die Kopplung von Machttechnologien und Wissen. Der Akt des Regierens vollzieht sich über die Rationalisierung von Macht in einem spezifischen Feld und mithilfe einer spezifischen Wissensordnung. Regieren bedeutet die konzeptionelle Fassung eines Gegenstandes über die Generierung eines spe-

³ Eine kurze Darstellung des Ursprungs und der Konjunkturen und Bedeutungsverschiebungen des Begriffes in den Schriften Foucaults findet sich bei Gertenbach (2010: 19ff).

zifischen politischen Wissens. Regierung „denkt“ die Wirklichkeit in einer Form, die sie regieren kann, die anschlussfähig ist an verfügbare Machttechniken. Politisches Wissen ist somit kein positives Wissen, kein Abbild der Realität, sondern Grundbedingung und strategisches Element von Regierung. Es thematisiert einen Gegenstand als Problem und verortet ihn dadurch im Feld einer politischen Intervention. Regierungsprogramme schaffen den Rahmen, in dem Phänomene wahrgenommen und beurteilt werden. In der Konfrontation mit den Vollzügen der Praxis mögen sie sich verändern oder gänzlich scheitern. In jedem Fall aber ermöglichen sie Aushandlungsprozesse, Widerstand und Neuorientierungen, aus denen neue Programme und neue Formen von Praxis entstehen (Lemke 1997: 147, Lessenich 2003: 82).

2.2 Freiheit, Risiko und Normalisierung

Eine rationale Regierung verbindet Herrschaft und Subjekt, operiert auf der Basis einer spezifischen Wissensordnung und folgt dem Prinzip größtmöglicher Zurückhaltung gegenüber der Eigendynamik gesellschaftlicher Prozesse. Sie vollzieht sich in der Definition von Räumen für das rationale und selbstverantwortliche Handeln freier Staatsbürger. Diese Freiheit kann natürlich nicht absolut sein, sondern findet ihre Grenze in der Gefährdung der marktförmigen Prozesse, deren Dynamik sie gleichzeitig ermöglicht. Das macht „Sicherheitsdispositive“ zum zentralen Instrument einer liberalen Machtstrategie (Foucault 2003b: 820). Sie erlauben es, das unerlässliche Maß an Handlungsfreiheit legitim zu modellieren. Sie binden die Bevölkerung in ein Netz von Sicherheitstechnologien, die ihren Bewegungsspielraum begrenzen und sie gleichzeitig an den für ihre Sicherheit arbeitenden Staat binden. Sicherheitstechnologien postulieren einen Zustand permanenter Bedrohung, sei es durch Epidemien, Hungersnöte, Wirtschaftskrisen oder Umweltzerstörung. Sie etablieren eine Form kontrollierter Freiheit, eine Praxis selbstverantwortlicher Lebensführung entlang etablierter Sicherheitsparameter. Sie lassen den Individuen genügend Raum, um sich ihren Bedürfnissen gemäß und unter Vermeidung aufwendigen Regierungshandelns produktiv zu entfalten. Gleichzeitig beschränken sie den Aktionsraum durch den legitimen Rekurs auf die Risiken der Freiheit, seien es Krankheit, Armut, Arbeitslosigkeit etc. (Foucault 2006: 101).

Die Arbeitsweise eines Sicherheitsdispositivs im Unterschied zu traditionelleren Regierungstechniken beschreibt Foucault am Beispiel des veränderten Umgangs mit Epidemien im Verlauf der letzten Jahrhunderte (ebd.: 93ff). Vom Mittelalter bis zur frühen Neuzeit verstand man demnach Krankheit primär als etwas, das günstigenfalls durch Behandlung, andernfalls durch die strikte Isolation der Betroffenen aus dem Volkskörper entfernt werden musste. Die modernere Methode besteht im Gegenteil darin, die Krankheit einzuschließen, sie als einen unvermeidlichen Teil der natürlichen Lebensprozesse von Menschen und als Begleiterscheinung ihrer Gesellschaften anzunehmen. Ihr Ziel ist die „Normalisierung“ von Krankheit. Sicherheitsmechanismen operieren nicht mit einer externen und starren Norm, indem sie z. B. „Gesundheit“ und „Krankheit“ als absolute Entitäten fassen; sie finden ihre Richtschnur im statisti-

schen Mittel einer durch Empirie ermittelten Normalverteilung. Krankheiten werden dadurch zu Variablen in einer Wahrscheinlichkeitsrechnung. Ihre Bearbeitung erschöpft sich nicht in der Behandlung, sondern im Austarieren einer prinzipiell veränderlichen Normkurve. Regionale Schwankungen, geschlechts- oder altersspezifische Unterschiede, Einflüsse durch Ernährung, Umfeld, Arbeit etc. lassen sich ermitteln und ggf. beeinflussen. Risikofaktoren lassen sich errechnen und als Grundlage für eine Bewertung des individuellen Gefährdungspotentials heranziehen. Dadurch lassen sich Krankheiten individualisieren und der Einzelfall zu einem Kollektiv in Beziehung setzen. In beiden Fällen öffnen sich Möglichkeiten zur Intervention, von der Gestaltung der Körper bis zur Gestaltung ihres Umfeldes. Die Programme der Sicherheitsdispositive produzieren dabei ständig neue Gefahrenpotentiale: Jeder abgesicherte Lebensbereich produziert ein neues „Außen“, einen Bereich außerhalb des Wirkungskreises der eingeführten Sicherheitsmechanismen. So lässt sich eine am Risiko ansetzende Regierungstechnik prinzipiell auf jeden Bereich des gesellschaftlichen Lebens ausdehnen und letztlich alles unter Risikoaspekten fassen (Rose 2012: 98).

Damit wären alle für die folgenden Überlegungen notwendigen Begriffe zumindest angesprochen. Die Behauptung einer ewig bedrohten Existenz wurde als Teil der strategischen Konstitution einer regierbaren Wirklichkeit beschrieben. Die Mechanik von Sicherheit und Risiko korrespondiert darin mit der Verzahnung von Freiheit und Verantwortung. Regierung vollzieht sich als Führung zur Selbstführung innerhalb eines Raumes, dessen Begrenzungen mit den Risiken der Freiheit zusammenfallen und dessen Struktur der Subjektivierung autonomer Individuen eine Richtung gibt. Ziel ist die Konstitution eines in den gezogenen Grenzen autonomen Subjekts. Die damit verbundenen Handlungsmöglichkeiten gibt es freilich nicht umsonst; vor allem in Zeiten des „fordernden Staates“ sind sie mit der Pflicht zu sozial verantwortlichem Handeln verbunden (Lessenich 2003: 89). Dieses Konzept wird bei der folgenden Betrachtung der Demenz-Diskurse eine Rolle spielen. Zunächst werden epistemologische Wegmarken der Alzheimer-Demenz unter dem gewählten Vorzeichen als Teil einer politisch geformten Wirklichkeit neu interpretiert.

3. Überlegungen zu einer politischen Ökonomie der Demenz

3.1 Risikodiskurs und Medikalisierung

In der Gouvernementalitätsperspektive lassen sich gesellschaftliche Problematisierungen als Risikodiskurse beschreiben und mit Sicherheitstechniken in Verbindung bringen (Lemke et al. 2012: 21f). Nicht die problematischen Folgen der Demenz als „reales“ Phänomen, sondern die Effekte ihrer Problematisierung können so in den Fokus der Analyse gestellt werden. Dieser Perspektivenwechsel hat Vorteile: Erstens können prominente Deutungs- und Handlungsmuster als Präsentationen von Machtstrategien und somit als grundsätzlich kontingent betrachtet werden, ohne dabei die Materialität der Demenz in Frage stellen zu müssen. Zweitens kann die Kritik am biomedizi-

nischen Zugriff auf menschliche Zustände im Alter um die Frage erweitert werden, inwieweit die Medizin selbst als Instrument einer politischen Ökonomie der Demenz aufzufassen ist.

Vor allem zwei Wegmarken der oft beschriebenen Karriere der Alzheimer-Demenz (z. B. Ballenger 2008) sind in diesem Kontext von Bedeutung: Zunächst schafft die zunehmende Problematisierung des demografischen Wandels die Plattform für eine Thematisierung des hohen Alters unter Risiko-Aspekten. Erst die Formung des Phänomens durch einen Risiko-Diskurs macht es anschlussfähig an die etablierten Programme einer über Sicherheit operierenden Regierungsstrategie. Zweitens wird im Verlauf der intensivierten Diskurse in den 70er Jahren die Unterscheidung von präseniler und seniler Demenz endgültig aufgegeben und Alzheimers ursprünglich für die juvenile Form beschriebene Symptomatik auf die deutlich größere Gruppe der bis dato nicht als krank geltenden Altersdemenzen übertragbar. Diese Pathologisierung öffnete die Demenz den vielfältigen Interventionsmöglichkeiten und Wissensformen der Medizin (Wetzstein 2005: 124). Sie gerät in den Wirkungsbereich biopathologischer Normenkataloge und Prüfverfahren. Die Entdeckung der senilen Demenz durch die Medizin ermöglichte die Objektivierung fluktuierender Symptome und Befunde im Alter zu einer allgemeingültigen Zeichenbasis (vgl. Dillmann 2000: 144ff). Erst auf dieser Grundlage lassen sich Gesunde und Kranke unterscheiden und gefährdete und ungefährdete Personen ins Verhältnis setzen. Die Betroffenen werden anschlussfähig an medizinische und somit auch an sozialpolitische Programme. Die ihnen eigenen Phänomene können operationalisiert und eine als angemessen definierte Behandlung und Unterstützung implementiert werden.

So betrachtet lassen sich die bekannten Innovationen der 70er Jahre als Formierung eines Sicherheitsdispositivs der Demenz lesen. Vor der Kulisse einer drohenden Katastrophe kondensiert der vormals kaum beachtete Alzheimer-Diskurs zu öffentlichen Debatten, Leitbildern, Programmen und Institutionen. Die Gründung des einflussreichen „National Institute of Aging“ in den USA, der Alzheimer-Gesellschaften weltweit, die enormen Investitionen in die biomedizinische Erforschung der Demenz, ihre Neufassung in den medizinischen Klassifikationssystemen, die sich etablierende dramatisierende Sprachordnung oder auch die zunehmenden Demenzbekenntnisse bekannter Persönlichkeiten (Ballenger 2008: 502f) sind Beispiele. Unterschiedliche Formen der Selbst- und Fremdführung werden durch den Druck des Risikodiskurses neu geordnet und auf einen gemeinsamen Fluchtpunkt fokussiert. In der Perspektive der Gouvernamentalität erschöpft sich der biomedizinische Zugriff auf die Demenz somit nicht in der Produktion oder Anwendung positiven Wissens zum Zwecke der Behebung eines Problems. Seine Produktivität liegt vielmehr in der Konstitution einer spezifischen Wahrheit als Ansatzpunkt für Regierungstechnologien. Deshalb bedeuten die anhaltenden Fehlschläge bei der Entwicklung einer Therapie auch kein Scheitern des Programms. Die in Jahrzehnten der Forschung zusammengetragenen Wissensbestände bilden als politisches Wissen die Grundlage für eine rationale Regierung des Phänomens Demenz. Die geschilderte Strategie muss dabei weder als Effekt eines medizinisch-pharmakologischen Regimes noch als Ausdruck einer staatlichen Biokon-

trolle gefasst werden. Vielmehr wäre zu klären, ob die Konfrontation mit den Fährnissen eines langen Lebens neue Formen des selbstverantwortlichen Handelns oder gar neue Formen der Subjektivierung stimuliert hat.

3.2 Biomarker und Bio-Politik

Risiko-Diskurse verleihen potentiellen Bedrohungen einen quasi-ontologischen Status. An die Stelle eines schicksalhaften Geschehens setzen sie eine statistisch ermittelte Normalverteilung möglicher Unglücksfälle, machen sie kalkulierbar und somit erwartbar. Unfälle, Krankheiten oder andere Katastrophen werden zu Ereignissen, mit denen man rechnen kann und daher auch rechnen muss. Risiken wirken deshalb strikt individualisierend. Sie mögen eine außerindividuelle Ursache haben, ihre scheinbare Berechenbarkeit fordert aber das vorausschauende und verantwortungsbewusste Handeln des Einzelnen (Gertenbach 2010: 145). Die Formung von Wirklichkeit durch das Risiko ist deshalb ein probates Mittel zur Produktion umsichtiger und vorausschauender Staatsbürger.

Ausgehend vom Gouvernentalitätskonzept lässt sich die Entdeckung und Operationalisierung neuer Biomarker in einen Zusammenhang mit risikobasierten und über das Medium körperbezogener Phänomene verwirklichten Strategien der Menschenführung bringen. Biomarker erweitern die Grenzen des diagnostischen Erkenntnisgewinns und ermöglichen eine „Demenzialisierung“ landläufig als gesund betrachteter Individuen. Die diesbezügliche Forschung hat das Risikospektrum von den Hochaltrigen auf die genetisch Disponierten ausgedehnt und das Wissen um das zahlenmäßige Verhältnis von gefährdeten und ungefährdeten Personen erheblich erweitert. Dadurch werden prinzipiell auch neue Ansatzpunkte für Regierungstechniken geschaffen. Die Biomarker-Diagnostik legt darüber hinaus den Grundstein für eine grundlegende Veränderung des Krankheitsbegriffs und des Krankheitsverständnisses der Demenz. Die dadurch möglichen Transformationen liegen noch jenseits der anfangs geschilderte Neugründung der Alzheimer-Krankheit als Kontinuum-Erkrankung. Was Lemke mit Bezug auf die Gendiagnostik als Entkopplung des Krankheitsbegriffs von der „archaischen Zeichenbasis einer unsicheren Krankheits-Symptomatologie“ (2008: 136) bezeichnet, lässt sich in Teilen auch auf die moderne Demenzdiagnostik übertragen. Auch hier werden „neue Räume der Sichtbarkeit“ (ebd.) geschaffen, in denen Krankheitszeichen und Prognosen jede Mehrdeutigkeit eines erhobenen Befundes beseitigen und Krankheitsrisiken radikal individualisiert werden. Gestützt auf wissenschaftliche Verfahren konstituieren sie eine Zwangsläufigkeit biologischer Prozesse, die jeden sozialen Kontext und jede gesellschaftliche Verantwortlichkeit ausblenden. Krank zu werden ist gewissermaßen die unumgängliche Folge fehlerhafter Anlagen, damit fertig zu werden liegt in erster Linie in der Verantwortung des Trägers.

Alzheimer-Biomarker haben das Potential, die kollektiven Risiken der Hochaltrigkeit in ein Thema der persönlichen Vorsorge und Lebensplanung zu transformieren. In einer alternden Gesellschaft möglicherweise selbst alt und hilfsbedürftig zu werden ist nicht länger nur ein unabwendbares und unverschuldetes Schicksal – durch die pro-

gnostischen Möglichkeiten der Biomarker-Diagnostik kann daraus eine bereits ab der Lebensmitte erwartbare und damit planbare Zukunft werden. Die Demenz als Teil der Unwägbarkeiten des Alters wird wägbare, die gesellschaftlichen Herausforderungen mutieren zu einer privaten Angelegenheit und zu einem möglichen Angriffspunkt versicherungstechnischer Steuerungsoptionen. Dabei wird eine ambivalente Form von Sicherheit und Verantwortung suggeriert: Die Diagnostik verspricht Klarheit bezüglich der kommenden Zukunft und stellt Planungshoheit in Aussicht; sie tut dies auf der Basis einer allgemeinen Verunsicherung, zu deren Konstitution sie als Risikostrategie selbst beigetragen hat (Lemke 2008: 140).

Der oft gescholtene biomedizinische Reduktionismus des Amyloid-Modells und ähnlicher Konzepte (z. B. Wetzstein 2005: 124) kann als Voraussetzung für ein solches Programm gesehen werden. Nur wenn gesellschaftliche Phänomene erfolgreich auf die Körperlichkeit ihrer Individuen reduziert werden können, sind am Körper ansetzende Strategien anschlussfähig (Lemke 2003: 25). Die Fruchtbarkeit des Gouvernementalitätsansatzes liegt nicht zuletzt darin, der Reduktionismuskritik zu einer neuen Perspektive zu verhelfen. Die Anschlussfähigkeit biologischer Modelle kann als Produkt einer bereits vollzogenen Subjektivierung thematisiert und die Rolle körperbezogener Machtstrategien für die gesellschaftliche Praxis insgesamt in den Blick genommen werden (Rose 1999: 49).

3.3 Widerstand und organisierte Solidarität

Durch die Optik des Gouvernementalitätsansatzes muss weder die lange Dominanz des biomedizinischen Modells noch die erstarkende Kritik daran in einfachen Kategorien von Macht und Widerstand analysiert werden; beide sind vielmehr als wechselseitig aufeinander bezogen und als konstitutiv für neue Formen einer rationalen Bearbeitung der Demenz zu betrachten (vgl. Foucault 2006a: 509f). In einem auf Freiheit gegründeten Machtsystem ist Widerstand eine zwingende Option. Er ist der Macht nicht äußerlich, sondern produktiver Mechanismus ihrer inneren Begrenzung. Als Wächter über das angemessene Verhältnis von Repression und Autonomie dient er der Justierung des Regierungshandelns. Der Gouvernementalitätsansatz erlaubt es, ihn als ein konstitutives Element für die Manifestationen neuer „machtvoller“ Rationalitäten und als integralen Bestandteil der gesellschaftlichen Dynamik zu deuten.

Aus diesem Blickwinkel sollen abschließend Überlegungen zur Funktion prominenter Gegenbewegungen wie der „demenzfreundlichen Kommunen“ oder „Hearing the Voice“ angestellt werden. Sie finden ihren Ausgangspunkt häufig in einer kritischen Distanz zu medizinischen Handlungsoptionen und Deutungsmustern und verstehen sich als notwendige Ergänzung sozialstaatlicher Programme (Wißmann et al. 2008: 146ff, Wißmann 2012). Angesichts der anstehenden Herausforderungen werden Nachhaltigkeit und Potenz der etablierten Lösungsansätze in Zweifel gezogen. Stattdessen wird ein Perspektivenwechsel gefordert, eine Rückbesinnung auf das Soziale und eine Stärkung der produktiven gesellschaftlichen Kräfte. In Opposition zu einer klinisch-naturwissenschaftlichen Kolonisierung wird eine zivilgesellschaftliche Rück-

erobringung des Themas Demenz gefordert. Gegen eine medizinische Überformung menschlicher Phänomene wird die Stellung der Betroffenen und ihrer Angehörigen stark gemacht und die Sorge um sie als kollektive Verantwortung des Gemeinwesens postuliert.

Diese Bestrebungen sollen keinesfalls kritisiert werden, passen aber dennoch auffällig gut zu einer von dem englischen Soziologen Nikolas Rose als „Gouvernementalisierung der Community“ (2012: 105) gefassten Entwicklung. Der Begriff zielt auf eine neue Form der Politisierung von Gemeinschaft. Anzeichen dafür sieht Rose in einer neuen Qualität der Solidaritäts-Rhetorik politischer Reden (in England) und in der Aktualität von Konzepten wie der Gemeinwesenarbeit oder den Stadteilbüros. Die Community ist eine über die Zugehörigkeit zu Werte- und Identitätsgemeinschaften organisierte Form von Regierung. Ihr Wirkungsbereich ist ein jeweils spezifisches Fragment von Gesellschaft, z. B. eine einzelne Einrichtung, ein Stadtteil oder eine über besondere Merkmale definierte Gruppe. Ihr Hebel ist die Aktivierung des Engagements und der Einsatzbereitschaft des Einzelnen für seine Gemeinschaft. Die dazu erforderlichen Solidarbeziehungen müssen nicht notwendigerweise vorhanden sein, sondern werden durch die Programme gestiftet. Die Communities setzen eine „natürliche Solidarität“ zwischenmenschlicher Beziehungen gegen eine als gleichmacherisch und vom Markt korrumpiert empfundene Form autokrater Sozialpolitik. Sie konstituieren ein Subjekt, das sich als Teil einer Gemeinschaft entdeckt und die Verantwortung über das eigene Leben mit der Sorge um das Wohlergehen seiner Schicksalsgemeinschaft verknüpft (ebd.: 86ff, Lemke 2008: 55).

Die genannten Bewegungen operieren in dieser Perspektive zwar jenseits der von ihnen kritisierten Institutionen, sie befinden sich aber nicht notwendigerweise außerhalb einer rationalen Regierung der Demenz. Das Einfordern von Solidarität und Selbstverantwortung ist innerhalb einer auf Selbststeuerung setzenden liberalen Regierung vielmehr ein legitimes Ziel. Im Rahmen einer Gouvernentalitätsstudie könnten Fragen nach den Möglichkeitsbedingungen für die aktuelle Rückeroberung des Sozialen im Feld der Demenz gestellt werden. Vor diesem Hintergrund lässt sich die postulierte Natürlichkeit sozialen Engagements kritisch als „Naturalisierung“ politischer Grenzziehungen analysieren (Lessenich 2003: 84). Die Behauptung eines solidarischen Gemeinwesens trägt dazu bei, es tatsächlich zu konstituieren und damit eine neue Plattform zur Bearbeitung Demenz bezogener Aufgaben zu gewinnen. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob die von den Gemeinwesenprojekten angestrebte „Pädagogisierung“ der Gewerbetreibenden im öffentlichen Raum als Transformation sozialstaatlicher Aufgaben zu Organisations- und Marketingfragen der Unternehmen gelesen werden kann und ob dadurch gänzlich neue Formen sozialer Kontrolle entstehen⁴. Eine solchermaßen kritische Betrachtung entwertet den Widerstand nicht, sondern offenbart seine enorme Bedeutung für die Begrenzung und Korrektur politischer Programme und für die Entstehung neuer sozialer Ordnungen.

⁴ Die Bewerbung eines Gütesiegels für den „demenzfreundlichen Einzelhandel“ in manchen Städten Englands ist in diesem Zusammenhang von Interesse. Die Entwicklung demenzfreundlicher Gemeinwesen ist dort Teil eines Regierungsprogramms mit klaren Zielvorgaben (Department of Health 2012).

Gleichwohl werden durch Emanzipationsbewegungen immer auch alternative Subjektivierungsformen angeboten und mit Erwartungen verknüpft (Bröckling et al. 2010: 30).

Schlussbetrachtung

In kritischer Perspektive werden die aktuellen sozialpolitischen Trends als Transfer vom Versorgungsstaat alter Machart zu marktförmigen „Ermöglichungsagenturen gelebter Eigenverantwortung“ (Lessenich 2003: 88) beschrieben. Als Voraussetzung für die Ausgestaltung und Umsetzung dieses Politikwechsels gilt neben der Transformation sozialstaatlicher Institutionen auch die Konstitution programmkonformer Staatsbürger (ebd.: 90, Lemke 2008: 55). Eigenverantwortung lässt sich schwerlich verordnen; besser ist es, wenn sie von mündigen Bürgern eingefordert wird. Für die Ausbildung entsprechender Selbsttechnologien bedarf es der Einsicht in die Risiken des Lebens und der Akzeptanz der seitens der Regierung behaupteten Grenzen sozialstaatlichen Handelns. Der Transfer ist weniger als Abbau politischer Steuerung denn als Beginn eines neuen politischen Denkens der Realität zu beschreiben. Dahinter ein subtiles politisches Programm zu vermuten ist eine der Stärken des Gouvernamentalitätsansatzes. Das analytische Potential liegt in der konsequenten Zusammenschau von Mikro- und Makrostrukturen, von Herrschaft und Subjektivierung. Für die Bereiche Gesundheit und Pflege, z. B. in Bezug auf die Aktualität von Selbstsorge- und Empowermentkonzepten, gilt dies in besonderem Maße (Friesacher 2004: 373).

Einige Vorschläge für eine Betrachtung des Demenz-Diskurses in dieser Perspektive wurden unterbreitet. Die eingangs gestellte Frage nach der Produktivität biomedizinischer Konzepte, speziell des Amyloid-Modells, für eine gouvernementale Regierung der Demenz lässt sich demnach wie folgt beantworten: Die biomedizinische Deutung setzt körperliche und gesellschaftliche Phänomene ins Verhältnis und präsentiert die Wirklichkeit in einer Form, die mittels der Machttechnik Medizin regiert werden kann. Der Effekt ist ein mehrfacher: Einmal werden durch die Deutung der Demenz als Krankheit (und nicht etwas als „natürliche“ und unabwendbare Alterserscheinung) körperbezogene Gestaltungsoptionen plausibel und entsprechende Interventionen akzeptabel. Zweitens erlaubt die diagnostische Zeichenbasis des Amyloid-Modells die Ermittlung einer Normalverteilung der Fälle und legt damit den Grundstein für die Normalisierung des Phänomens. Auf der Mikroebene ermöglicht sie weiterhin eine Verschiebung des Risikos vom Gesellschaftskörper auf das Individuum und schafft die Voraussetzung für ein selbstverantwortliches Risikomanagement. Selbsttechniken lassen sich anschließen, von der gesunden Lebensführung bis zur privaten Pflegeversicherung. Die geschaffenen Wahrheiten wären indes nicht ewig, sie treffen auf anderen Manifestationen von Macht, werden verändert und führen zu neuen Formen der Subjektivierung. Die Produktivität des Amyloid-Modells und seiner Implikationen erweist sich somit noch in seiner Ablehnung. Als „falscher“ Weg zur Bearbeitung einer „echten“ Herausforderung provoziert es Widerstand und die Erprobung alternativer Strategien und neuer Programme. Die Fruchtbarkeit des Gouvernamentalitätsansatzes

liegt letztlich in der Bereitstellung einer Perspektive, in der diese unterschiedlichen Entwicklungen als emergente Elemente einer Neucodierung sozialstaatlichen Engagements gelesen werden können: Der Anspruch auf Behandlung wird durch das Recht auf Information, der Anspruch auf staatliche Vollversorgung durch das Recht auf Integrität und eine zentralistische Steuerung durch das Recht auf Teilhabe und selbstverwaltete Gestaltungsräume ersetzt. Insgesamt verschiebt sich die Hauptlast an Gewährleistung von klassischen sozialstaatlichen Institutionen zu Einzelpersonen und zivilgesellschaftlichen Körperschaften. Geschaffen werden neue Räume zur Bearbeitung der Demenz.

In der Perspektive des Gouvernamentalitätsansatzes kann die Frage nach Veränderungen der Versorgungsmechanik mit der Frage nach Veränderungen der Nutzer verbunden werden. Formen der Subjektivierung in Verbindung mit sozialstaatlichen Programmen zu bringen und beide als grundsätzlich kontingent zu betrachten ist zweifellos ein spannendes Element des Ansatzes. Eine Gefahr liegt darin, zurückzufallen in die Vorstellung einer verborgenen Souveränität, die alle Fäden in Händen hält und lediglich aus Gründen der Ökonomie auf Repressalien verzichtet. Lemke zufolge gehen viele an diesem Ansatz orientierte Studien von einer relativen Geschlossenheit politischer Programme und von einer klar zu bestimmenden Instanz als deren Initiator aus (2008: 62). Die produktive Wechselwirkungen zwischen Programm und Widerstand und der relationale Charakter gesellschaftlicher Wirklichkeit geraten dabei aus dem Blick. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass der Gouvernamentalitätsansatz weder ein ausformuliertes Forschungsprogramm noch eine eigene Methodik zur Verfügung stellen kann. Als Forschungsperspektive bietet er allerdings die Möglichkeit, Fragestellungen zu bekannten Themen aus einem neuen Blickwinkel heraus zu entwickeln und bewährte Denkmuster zu irritieren (Bröckling et al. 2010: 32).

Literatur

- Ballenger, J. F. (2008): Reframing dementia: the policy implications of changing concepts. In: Downs, M./ Bowers, B. (Hrsg.): Excellence in Dementia Care. Research into Practice. Maidenhead: Open University Press, S. 492-508
- Beyreuther, K. (2012): „Alzheimer wird uns immer begleiten“. Interview mit Andreas Jahn und Daniela Zeibig. Gehirn und Geist 5/2012. <http://www.gehirn-und-geist.de/alias/alzheimerforschung/alzheimer-wird-uns-immer-begleiten/1148405>. Stand 2013-03-27
- Bickel, H. (2012): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. Zweite aktualisierte Auflage. Stuttgart/New York: Thieme, S. 18-35
- Bröckling, U./ Krasmann, S. (2010): Ni methode, ni approche. Zur Forschungsperspektive der Gouvernamentalitätsstudien - mit einem Seitenblick auf Konvergenzen und Divergenzen zur Diskursforschung. In: Angermüller, J./van Dyk, S.: Diskursanalyse meets Gouvernamentalitätsforschung. Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen. Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 23-42
- Department of Health (2012): Prime minister s challenge on dementia. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/146773/dh_133176.pdf. Stand 2013-04-03

- Dillmann, R. J.M. (2000): Alzheimer Disease. Epistemological Lessons from History? In: Whitehouse, P. J./ Maurer K./ Ballenger, J. F. (Hrsg.): Concepts of Alzheimer disease. Biological, clinical, and cultural perspectives. Baltimore/London: Johns Hopkins University Press, S. 129-157
- Fiedler, U./ Wiltfang, J./ Peters, N./ Benninghoff, J. (2012): Fortschritte in der Diagnostik der Alzheimer-Demenz. *Der Nervenarzt*, 5, S. 661-673
- Friesacher, H. (2004): Foucaults Konzept der Gouvernementalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft. *Pflege* 17, 364-374
- Friesacher, H. (2012): Nutzerorientierung - Zur normativen Umcodierung des Patienten. In: Paul, B./ Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag
- Förstl, H. (2011): Rationelle Diagnostik. In: Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Dritte aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 265-284
- Foucault, M. (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit*, Band 1. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Foucault, M. (2003a): Gespräch mit Michel Foucault. In: *Dits et Ecrits, Schriften in vier Bänden. Band 3*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Foucault, M. (2003b): Die Gouvernementalität. In: *Dits et Ecrits, Schriften in vier Bänden. Band 3*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Foucault, M. (2006): Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. *Geschichte der Gouvernementalität Band 1*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Gertenbach, L. (2010): Die Kultivierung des Marktes. Foucault und die Gouvernementalität des Neoliberalismus. Dritte Auflage. Berlin: Parados
- Lemke, T. (1997): Eine Kritik der politischen Vernunft. Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität. Hamburg: Argument
- Lemke, T. (2003): Die Logik der Lücke. Einige Anmerkungen zur Kritik des genetischen Reduktionismus. In: Pieper, M./ Rodríguez, E. G. (Hrsg.): Gouvernementalität. Ein sozialwissenschaftliches Konzept im Anschluss an Foucault. Frankfurt a. M: Campus
- Lemke T. (2008): *Gouvernementalität und Biopolitik*. Zweite Auflage. Wiesbaden: VS
- Lemke, T./ Krasmann, S./ Bröckling, U. (2012): Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einführung. In: Bröckling, U./Krasmann, S./ Lemke, T. (Hrsg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. 6. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Lessenich, S. (2003): Soziale Subjektivität. Die neue Regierung der Gesellschaft. *Mittelweg* 36 4, 80-93
- Lock, M. (2008): Verführt von „Plaques“ und „Tangles“. Die Alzheimerkrankheit und das zerebrale Subjekt. In: Niewöhner, J./Kehl, C./ Beck, S. (Hrsg.): *Wie geht Kultur unter die Haut? Ergemete Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft*. Bielefeld: Transcript, S. 55-80.
- Natale, B./ Wohlrab, D. / Förtsch, B./ Förstl, H./ Kurz, A./ Diehl-Schmidt, J. (2011): Alzheimer-Demenz mit präsenilem Beginn – Besonderheiten in Diagnostik, Therapie und Management. In: Förstl, Hans (Hrsg.): *Demenzen in Theorie und Praxis*. Dritte aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 73-92
- Newerla, A. (2012): *Verwirrt pflegen, verwirrt Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz - eine ethnographische Studie*. Berlin: Lit
- Rose, N. (1999): *Medicine, History and the present*. In: Jones, C.; Porter, R. (Hrsg.): *Reassessing Foucault: Power, medicine and the body*. London: Routledge, S. 48-72
- Rose, N. (2012): Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens. In: Bröckling, U./Krasmann, S./ Lemke, T. (Hrsg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. 6. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 72-109
- Schmidt-Wilke, T. (2003): Krankheiten – Entdeckungen oder Konstruktionen. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49, 77-86
- Schröder, J./ Pantel, J. (2010): Die leichte kognitive Beeinträchtigung. Klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention im Vorfeld der Demenz. Stuttgart: Schattauer
- Wetzstein, V. (2005): *Diagnose Alzheimer Grundlagen einer Ethik der Demenz*. Frankfurt/ New York: Campus

- Whitehouse, P. J./ George, D. (2009): Mythos Alzheimer. Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde. Bern: Hans Huber
- Whitehouse, P. J./ George, D./ Wißmann, P. (2011): Am Scheideweg. Die Zukunft der Alzheimer-Forschung. Dr. med. Mabuse 191, 30-34
- Wißmann, P./ Gronemeyer, R. (2008): Demenz und Zivilgesellschaft - eine Streitschrift. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Wißmann, P. (2012): Vom „Kranken“ zum „Bürger mit Demenz“. *pflegen: Demenz* 22, S. 24-27

Manfred Schnabel

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Methodologie und Qualitative Methoden in der Pflege- und Gesundheitsforschung an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Promovend im Kolloquium Gerontologische Pflege bei Prof. Brandenburg, Diplom-Sozialgerontologe (Universität Kassel), Diplom-Sozialarbeiter (EFH Darmstadt), Examinierter Krankenpfleger
 Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar gGmbH, Pflegewissenschaftliche Fakultät, Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, mavoschnabel@web.de

Elisabeth Sandforth, Martina Hasseler

Gesundheitsförderung in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Mehrfachbehinderung

Health promotion in residential homes for persons with disabilities

Background: The purpose of this research was to attain knowledge of parameters of health provision and health promotion for persons with multiple disabilities. Research: Design Seven guided interviews with were accomplished and valued at qualitative content analysis according to Mayring. Interviewed Persons were qualified persons with diverse functions and education working in residential homes for persons with multiple persons. Results: Health provision gets high significance in assistance of persons with multiple disabilities and contains elements of health promotion. Important parameters of health promotion are personal facilities, qualification, ongoing consulting service for assistance staff, interdisciplinary collaboration as well as structural, organisational and conceptual conditions in residential homes. Conclusion: The Concept of health promotion appears as holistic approach that overcomes separation of disciplines and contains extensive potential improving health conditions of persons with multiple disabilities.

Keywords

health promotion, health provision, persons with disability, residential home, WHO

Hintergrund: Ziel dieser Untersuchung ist die Erlangung von Kenntnissen über die Einflussfaktoren in der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Mehrfachbehinderung.

Forschungsdesign: Es wurden sieben leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Befragt wurden Fachkräfte mit unterschiedlichen Funktionen und Ausbildungen, die in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Mehrfachbehinderung tätig sind.

Ergebnisse: Die gesundheitliche Versorgung nimmt großen Stellenwert in der Betreuung von Menschen mit Mehrfachbehinderung ein und enthält Elemente der Gesundheitsförderung. Als wichtige Faktoren der Gesundheitsförderung können Personalausstattung, Qualifikation, fortwährende Reflektions- und Beratungsangebote für Betreuungskräfte, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie strukturelle, organisatorische und konzeptionelle Bedingungen der Wohneinrichtungen festgehalten werden.

Schlussfolgerung: Das Konzept zur Gesundheitsförderung zeigt sich als ein ganzheitlicher Ansatz, der die Trennung verschiedener Disziplinen überwindet und weitreichendes Potenzial zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Mehrfachbehinderung enthält.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung, Behinderung, WHO, Wohneinrichtungen, Gesundheitsversorgung

1. Einführung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rief im Jahr 1986 mit der Ottawa-Charta zu aktiver Gesundheitsförderung auf. Als Ziel formulierte sie die Schaffung gleicher Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 (WHO 2012). Neben einem ganzheitlichen und ressourcenorientierten Gesundheitsverständnis wurde die Gleichberechtigung benachteiligter Personengruppen gefordert. In den folgenden Entwicklungen gegen gesundheitliche Ungleichheit fand die Gruppe der Menschen mit Mehrfachbehinderung wenig Beachtung. Deren Gesundheit ist zum einen häufig durch das Behinderungsbild oder Folgeerkrankungen beeinträchtigt. Zum anderen existieren für Menschen mit Mehrfachbehinderung strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem, sodass sie notwendige Gesundheitsleistungen nicht erhalten (Alborz et al. 2005; Kran et al. 2006; Kwok & Cheung 2007; Mc Carthy & O Hara 2011; Sinai et al. 2012; Bradbury-Jones et al. 2013). Dennoch sind wissenschaftliche Aktivitäten hinsichtlich der Zielgruppe nur begrenzt vorhanden. Bislang ist das Konzept der Gesundheitsförderung nicht auf Menschen mit Mehrfachbehinderung bezogen worden (Hasseler 2011). Seine Kernelemente wie Empowerment, Partizipation und Ressourcenorientierung bieten Überschneidungen mit derzeitigen Ideen der Behindertenpädagogik. Zudem stellt es ein Gegengewicht zu einer pathologisierenden Sichtweise dar, die aufgrund der Beeinträchtigung naheliegt. Ebenso lassen sich Übereinstimmungen mit dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erkennen, sodass für ein umfassendes

Verständnis von Gesundheitsförderung bei Menschen mit Mehrfachbehinderung herangezogen werden kann (WHO: 2012).

Im Hinblick auf diese theoretischen Berührungspunkte liegt es nahe, die Idee der Gesundheitsförderung auf Menschen mit Mehrfachbehinderung zu beziehen. Da das Thema kaum Beachtung gefunden hat, wird in einer explorativen Herangehensweise nach positiven und negativen Faktoren der Gesundheitsförderung bei dieser Personengruppe gefragt. Um die sehr heterogene Personengruppe einzuzengen, wird sich dabei auf Menschen mit Mehrfachbehinderung in vollstationären Einrichtungen und deren speziellen Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung beschränkt.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Beschreibung der Personengruppe: Menschen mit Mehrfachbehinderungen

Der Personenkreis mit einer sogenannten Mehrfachbehinderung ist sehr heterogen und wird mit verschiedenen Bezeichnungen beschrieben. Die Unterschiedlichkeit der Begriffsinhalte und die Unterteilung von Personengruppen, deren Merkmale sich oft überschneiden, erschwert die Vergleichbarkeit von wissenschaftlichen Beiträgen und Untersuchungen. Die wissenschaftliche Diskussion, unter Beteiligung verschiedener Disziplinen, über die Beschreibung und Bezeichnung von Personengruppen anhand verschiedener Behinderungsformen ist sehr vielfältig und kaum eine Bezeichnung erhält allseitige Zustimmung. Unter dem Begriff Mehrfachbehinderung kann zunächst das „gemeinsame Auftreten mehrerer Behinderungen“ (Biermann 2008:56) verstanden werden. Hiermit ist die Kombination von verschiedenen Behinderungskategorien, wie etwa eine geistige Behinderung mit einer Sinnesbeeinträchtigung gemeint (Biermann 2008:56). Gleichwohl ist die Literaturlage zum gemeinsamen Auftreten von geistigen mit anderen Behinderungen nicht eindeutig und teilweise veraltet (Speck 2012). Die körperlichen Ursachen für eine Mehrfachbehinderung sind vielfältig und stellen die Basis einer Mehrfachbehinderung dar (Fornefeld 2009). Sie werden gemeinhin nach prä-, peri- und postnatalen Ursachen unterteilt (Fornefeld 2009; Neuhäuser 2008). Häufige Ursachen von schwerer Mehrfachbehinderung sind nach Nicklas-Faust (2011) genetische Abweichungen, vorgeburtliche Infektionen und Frühgeburt. Bisher liegen keine verlässlichen Daten über Prävalenz von Mehrfachbehinderungen wie auch nicht über die Verteilung der Schweregrade vor (Fornefeld 2009). Das weite Verständnis von Fornefeld (2008), welches auch für diese Arbeit zugrunde gelegt wird, subsumiert unter „Mehrfachbehinderungen“ Menschen mit mehrfachen oder schweren Schäden, geistige Behinderung, mit schwierigem Verhalten oder psychischen Störungen sowie nichtsprechende Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Gemeinsames Merkmal sind nicht die Beeinträchtigungen und Schädigungen, sondern die komplexen Lebensbedingungen. Mit einem hohen Grad der Beeinträchtigung geht ein hohes Exklusionsrisiko sowie eine erhöhte Komplexität einher (Fornefeld 2009). Die hohe Komplexität der Lebenssituation, die sich aus dem Unterstützungsbedarf und der sozialen und physischen Umgebung erge-

ben, erscheint somit als eine Gemeinsamkeit der heterogenen Personengruppe der Menschen mit Mehrfachbehinderung. Somit beinhaltet die Bezeichnung Mehrfachbehinderung einerseits körperliche Schädigung und andererseits soziale Bedingungen und Einflüsse der Umwelt.

2.2 Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung

Die Definition von Gesundheitsförderung als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Franzkowiak & Sabo 1998: 96) stellt den Kerngedanken von Gesundheitsförderung umfassend dar. Dieser wurde in der Jakarta-Deklaration (1997) erweitert, indem auch die Befähigung zur „Beeinflussung aller individuellen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Determinanten“ (Franzkowiak 2006:17) als Ziel von Gesundheitsförderung erklärt wurde. Somit wurde Empowerment und Partizipation in Bezug zu Gesundheit gesetzt. Des Weiteren wurde Gesundheit in einen über den medizinischen Kontext hinausgehenden Zusammenhang gebracht. Im Zusammenhang mit dieser Arbeit werden vor diesem Hintergrund Gesundheit und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Mehrfachbehinderung, deren Gesundheitssituation häufig von medizinisch-therapeutischen Interventionen geprägt ist, ganzheitlich und ressourcenorientiert aufgefasst. Des Weiteren beinhaltet Gesundheitsförderung die positive Veränderung von sozialen, ökologischen und wirtschaftlichen Bedingungen, um ihren Einfluss auf die Gesundheit zu verbessern und nicht nur Verhaltensweisen einzelner Personen in den Blick zu nehmen (Kaba-Schönstein 2011; WHO 1998). Der Fokus wird hierbei auf den Ausgleich von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit durch Herstellung von Chancengleichheit gesetzt (Franzkowiak 2006). In vielen Diskursen werden Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam genannt. Während Gesundheitsförderung sich auf die Erhaltung und Stärkung von Gesundheit bezieht, setzt Prävention bei der Vermeidung von Krankheit ein (Altgeld & Kolip 2010). Der Gesundheitsförderung liegt die Frage nach der Entstehung von Gesundheit, der Prävention die Frage nach der Krankheit zu Grunde (Trojan 2002). Präventive Maßnahmen orientieren sich an Risikofaktoren, Gesundheitsförderung stärkt Ressourcen, um die Gesundheitsentwicklung zu verbessern (Trojan 2002). Beide Ansätze verfolgen das gleiche Ziel, nämlich die individuelle oder kollektive Gesundheit zu erhalten und zu verbessern (Hurrelmann et al. 2012). Dementsprechend erscheint es sinnvoll, Gesundheitsförderung und Prävention als komplementäres Zusammenwirken zu verstehen, das Gesundheit ermöglicht (Ding-Greiner & Kruse 2003). Während im Rahmen von Prävention gefragt wird, welche Maßnahmen ein Voranschreiten der Krankheit und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes verhindern können, werden in der Gesundheitsförderung vorhandene Ressourcen und Kompetenzen genutzt, die den Gesundheitszustand erhalten und verbessern können. Als Handlungsebenen von Gesundheitsförderung werden die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik sowie gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Ge-

meinschaftsaktionen sowie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen formuliert (Kaba-Schönstein 2011). Neben der Komplexität des Gegenstandes Gesundheit und den unterschiedlichen Bedürfnissen und Ressourcen von Personengruppen erfordert eine ernstgemeinte Verbesserung der Gesundheitsbedingungen sektorenübergreifende und interdisziplinäre Ansätze (Kolip et al. 2012).

3. Fragestellung

Bisher fehlen umfangreiche Kenntnisse über die Bedingungen, Grenzen und Potenziale von Gesundheitsförderung bei Menschen mit Mehrfachbehinderung und deren praktischen Umsetzung. Diese Untersuchung stützt sich auf das Modell der ICF und ging mit Rückgriff auf dessen Kontextfaktoren der Frage nach, welche Förderfaktoren und Barrieren die Gesundheitsförderung bei dieser Personengruppe beeinflussen. Hierfür sind neben der gesundheitlichen Versorgung die Umsetzung von Gesundheitsförderung und deren pädagogische Aspekte von Interesse. Dabei stellt die gesundheitliche Versorgung einen wichtigen Teilbereich dar. Darüber hinaus interessiert der Einfluss von organisatorischen Strukturen der Wohneinrichtung auf die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung.

4. Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Da kein differenzierter Forschungsstand als Grundlage zur Verfügung steht, wurde ein qualitativ exploratives Studiendesign gewählt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden sieben leitfadengestützte Experteninterviews im norddeutschen Raum und im Rhein-Main-Gebiet durchgeführt. Es wurden Experten als „Stellvertreter“ gewählt, da es sich um eine offene und reflexive sowie rekonstruierende Fragestellung handelt. Bislang liegen noch wenige systematische Erfahrungen in der Befragung der Personengruppe Menschen mit Mehrfachbehinderungen zu dieser Thematik vor. Die Literaturlage zeigt bisher, dass die Befragung der Zielgruppe selbst, d. h. die Befragung von Menschen mit mehrfachen Behinderungen, aus forschungsmethodischer und ethischer Sicht diffizil ist. Bislang ist noch kein angemessenes Befragungsinstrument entwickelt worden. Viele Menschen dieser Personengruppe können nicht sprechen, sodass Interviews nicht möglich sind.

Der Leitfaden wurde aus einer theoretischen Grundlegung anhand des derzeitigen Forschungs- und Wissenstandes heraus entwickelt. Nach einsteigenden Fragen zur Einrichtung, Personenkreis und Funktion der Befragten wurde auf die gesundheitliche Versorgung eingegangen. Neben der Organisation der gesundheitlichen Versorgung in Wohneinrichtungen lag das Interesse darin, ob und wie sich die in der Literaturrecherche festgestellten Hindernisse bestätigen. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde thematisiert. Da in der Literatur Gesundheitsförderung bisher kaum auf Menschen mit Mehrfachbehinderung bezogen wurde, konnte davon ausgegangen werden, dass das Konzept der WHO zur Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit wenig

Anwendung findet und daher als solches nicht präsent ist. Daher wurde zunächst das Verständnis von Gesundheitsförderung erfragt und eher grundlegende Fragen nach der Bedeutung von Gesundheitsförderung für die Personengruppe und die pädagogische Arbeit gestellt. Die in der theoretischen Auseinandersetzung deutlich gewordenen Zusammenhänge von pädagogischen Leitzielen wie Inklusion, Selbstbestimmung und Partizipation mit Gesundheitsförderung wurden in den Interviewleitfaden aufgenommen, um Überschneidungen und Widersprüche festzustellen. Entsprechend der Fragestellung der Untersuchung wurden positive und negative Faktoren für die gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung erfragt. Der Interviewleitfaden wurde vorab durch einen Pretest geprüft und geringfügig geändert. Die Interviews wurden in den Einrichtungen durchgeführt. Sie wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen und dauerten zwischen 30-70 Minuten. Für die Experteninterviews wurden vorrangig pädagogische Fachkräfte gewählt, die eine leitende oder verantwortungsvolle Position in vollstationären Einrichtungen innehaben. Dadurch wurde sichergestellt, dass sie über umfassendes Fach- und Praxiswissen verfügen. Die Befragten wurden durch Internetrecherchen erkundet. Es wurden nur solche Einrichtungen gewählt und angeschrieben, die Menschen mit Mehrfachbehinderung betreuen. Es wurden insgesamt 11 Einrichtungen schriftlich kontaktiert und sieben haben sich zu einem Interview bereit erklärt. Die Qualifikationen der Interviewten waren sehr unterschiedlich und reichten von Heilerziehungspfleger, Erzieher, Pflegekraft sowie Absolventen von pädagogischen, sozialpädagogischen und medizinischen Studiengängen.

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) mit der Software MAXQDA ausgewertet. Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ist die systematische Reduktion des Materials (Flick 2011). Hierfür werden theoretisch begründete Kategorien an das Material herangetragen und durch Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion auf das gewünschte Abstraktionsniveau transformiert (Flick 2011; Mayring 2010). Dementsprechend wurde das Kategoriensystem anhand des Interviewleitfadens entwickelt (induktiv), der sich auf die theoretische Grundlegung stützt (deduktiv). Für die Bestimmung der Analyseeinheiten wurde als Kodiereinheit mindestens eine Proposition, als Kontext das gesamte Textmaterial eines Interviews und als Auswertungseinheit einzelne Absätze festgelegt. Die Paraphrasierung und Generalisierung erfolgten in einem Schritt. So wurden nicht inhaltstragende Textstellen gestrichen sowie die inhaltstragenden in einheitliche Sprache gebracht und gemäß dem Kategoriensystem auf das gewünschte Abstraktionsniveau generalisiert. Dementsprechend wurden inhaltstragenden Textstellen Codes zugewiesen und dabei ähnliche Codes unmittelbar zusammengefasst. Nach dem ersten Durchlauf des ersten Interviews wurde überprüft, ob die Kategorien und Unterkategorien den Inhalten der Textstellen entsprechen und gegebenenfalls überarbeitet. Nach Durchlauf aller Interviews wurden ähnliche Codes gebündelt und zusammengefasst. Abschließend wurde nochmals überprüft, ob sich die Inhalte der Textstellen in den Codes wiederfinden. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt anhand der inhaltlichen Hauptkategorien, die induktiv und deduktiv entwickelt wurden. In den Interviews wurde das Konzept der WHO zur Gesundheitsförderung

nicht genannt, und das Verständnis von Gesundheitsförderung ist uneinheitlich. Eine Abgrenzung zur Prävention wurde nicht deutlich. Um dennoch in den Interviews gesundheitsförderliche Aspekte auszuwerten, werden die Aussagen anhand des theoretischen Hintergrundes der Gesundheitsförderung zugeordnet.

5. Ergebnisse

5.1 Besonderheiten in der Gesundheit

In den Interviews wurden in der Literatur zu findende Angaben zu Besonderheiten der Gesundheit von Menschen mit Mehrfachbehinderung bestätigt. So beeinflussen vermindertes Schmerzempfinden sowie reduzierte Schmerzzeichen, eingeschränkte Selbstwahrnehmung, vermindertes Empfinden von Hitze und Kälte sowie eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten die Gesundheit von Menschen mit Mehrfachbehinderung (IT1:330-336; IT2:80f; IT4:315f; IT5:43-50, 59ff; IT7:477ff). Hinzu können selbstverletzende und andere gesundheitsschädliche Verhaltensweisen kommen.

Die Befragten in IT1 betonen, dass eine „Behinderungsdiagnose an sich () keine Krankheit“ (IT1:372 f.) ist. Jedoch können bei jeder Behindertendiagnose Folgeerkrankungen auftauchen, und es gehen häufig Krankheitsbilder einher (IT1:343f; 391ff). Der befragte Arzt in IT7 drückt es folgendermaßen aus: *„Behinderung ist keine Krankheit, ist aber durchschnittlich häufig mit Erkrankungen assoziiert, vor allen Dingen bei schweren Behinderungsgraden“* (IT7:187ff). Mit steigendem Lebensalter treten Erkrankungen der Allgemeinbevölkerung wie z. B. Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes zunehmend auf (IT4, IT7). Aufgrund der häufig beeinträchtigten Gesundheit von Menschen mit Mehrfachbehinderung, entsteht ein erhöhter Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Dieser steigt mit dem Lebensalter und ist ein zentraler Aspekt in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Mehrfachbehinderung.

5.2 Organisation der gesundheitlichen Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung wird meist gemäß dem Normalisierungsprinzip organisiert, und es wird angestrebt, Arztbesuche bei umliegenden Allgemein- und Facharztpraxen wahrzunehmen (IT 1, IT2, IT3, IT4, IT5, IT6). Grundsätzlich gilt freie Arztwahl, obwohl diese durch nicht vorhandene Barrierefreiheit oder Vorbehalten auf Seiten von Ärzten eingeschränkt wird. Insbesondere bei schweren Behinderungsgraden werden ganze Wohngruppen von demselben Arzt und durch regelmäßige Hausbesuche versorgt (IT 1:643-647; IT2:164ff). Herausstechend ist IT5, wo weitestgehend alle Bewohner durch dieselben Ärzte betreut werden, was damit zusammenhängt, dass dadurch die Medikamentenbestellung erleichtert wird und die Klienten die Ärzte kennen und „mit unseren Klienten können“ (IT5:181-184; 186f). Der befragte integrierte medizinische Dienst kann die hausärztliche und neurologisch-psychiatrische Versorgung und darüber hinaus bei notwendigen Überweisungen an Fachärzte eine Ver-

mittlerfunktion übernehmen. Problematisch ist den Aussagen zur Folge die Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung in stationären Wohneinrichtungen, wenn schwere Erkrankungen vorliegen und Behandlungspflege notwendig wird (IT4:762ff). Hier scheint unklar, welche Verrichtungen von pädagogischen oder medizinisch-pflegerischen Fachkräften durchgeführt werden dürfen (IT4:773ff). Zudem lehnen den Erfahrungen der Befragten zur Folge die Krankenkassen häufig die Übernahme der Kosten der Behandlungspflege in Einrichtungen der Wiedereingliederung ab (IT6:601ff).

5.3 Erfahrungen in der medizinischen Versorgung

Die Aussagen verdeutlichen, dass die ambulante Versorgung stark von dem Engagement der Ärzte und der Zusammenarbeit mit dem Wohngruppenpersonal abhängig ist (IT2, IT4, IT5, IT7). Insbesondere bei unüblichen Symptomen und Erkrankungen fehlen jedoch medizinische Kenntnisse in Diagnostik und Therapie, die bisher keinen Stellenwert in der Ausbildung der Ärzte hatte. Umso unerlässlicher sind langjährige Erfahrungen für die medizinische Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung. Es besteht ein sehr großer Bedarf an Psychotherapeuten für Menschen mit Mehrfachbehinderung (IT1, IT6). Jedoch hat sich dieser Bereich in Deutschland noch kaum entwickelt. Bezüglich der stationären Versorgung in Krankenhäusern wurde in den Interviews vorrangig von schlechten Erfahrungen berichtet. IT 5 (557-575) *„...zum größten Teil schlecht. Es läuft eigentlich nur gut, wenn wir beziehungsweise die Familie eine dauerhafte Betreuung gewährleisten können.“* Das heißt, bei Krankenhausaufenthalten obliegt die Begleitung und Pflege sowie der Austausch mit dem Stationspersonal den Angehörigen und Wohngruppenpersonal, für die das ein zusätzlicher kaum zu leistender und nicht finanzierter Mehraufwand bedeutet. Häufig sind die Krankenhäuser nicht behindertengerecht ausgestattet und mangelnde Kenntnisse und Erfahrungen des Krankenhauspersonals erschweren eine adäquate Versorgung (IT1, IT5, IT6). IT1 (1138ff) führt aus: *„einmal das strukturelle Problem, dass die auch sparen müssen, gucken müssen, wo sie bleiben. Und sie haben halt keine Erfahrungen mit Menschen mit Behinderung oder mit geistig behinderten Menschen in dem Sinne.“* Zudem werden Wohneinrichtungen teilweise als Pflegeeinrichtung wahrgenommen und Patienten kurzfristig und vorschnell entlassen (IT1, IT5). Die wenigen positiven Erfahrungen werden auf einzelne zugängliche und flexible Ärzte und Pflegekräfte zurückgeführt. Im Gegensatz zu diesen schlechten Erfahrungen kann der integrierte medizinische Dienst eine enge und flexible Zusammenarbeit mit dem auf dem Gelände befindlichen Krankenhaus bewirken, die mitunter unkonventionelle Vorgehensweisen ermöglicht (IT7). *„Und kann man viel mehr machen. Dann kann man offen mit denen reden () wo die Probleme sind“* (IT7:403-406).

5.4 Verständnis von Gesundheitsförderung

Die Frage nach dem Verständnis von Gesundheitsförderung war für die meisten Befragten schwierig zu beantworten. *„Es ist ein großes Wort Gesundheitsförderung. () Da*

fällt ganz viel drunter“ (IT3:217-220). Die Interviews haben gezeigt, dass unter Gesundheitsförderung überwiegend medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen in den Bereichen Bewegung und Ernährung verstanden werden (IT1, IT3, IT7). Als einen wichtigen Aspekt der Gesundheitsförderung betonten die Befragten den Erhalt von Fähigkeiten in Anbetracht deren Rückentwicklung bei steigendem Lebensalter, was entscheidend die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe beeinflusst (IT5). Insofern umfasst sie „alles was Prävention angeht“ (IT5:341ff) (IT5:362), wie z. B. Versorgung der Haut oder Dekubitusprophylaxe (IT5:362). Gesundheitsförderung wurde aber auch als ein Thema, das alle Lebensbereiche betrifft und auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil abzielt, aufgefasst. In IT1 (IT1:816ff) wird Gesundheitsförderung bezeichnet als „Prophylaxe und Förderung eines gesundheitsfördernden Lebensstils. Alles was dazu gehört.“

Die Aussagen der Befragten zu den Inhalten von Gesundheitsförderung verdeutlichen, dass die einzelnen Angebote der individuellen Lebenslage und dem Grad der Beeinträchtigung entsprechen müssen. Demnach variieren sie sehr stark. In den Interviews werden sowohl Angebote bei schweren Beeinträchtigungen zur Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit als auch Angebote bei leichteren Beeinträchtigung zu Sexualaufklärung oder der selbstständige Umgang mit einer Krankheit und Medikamenten aufgezeigt (IT1, IT2, IT3, IT4). Die Angebote in den Wohneinrichtungen müssen nicht explizit als präventive oder gesundheitsförderliche Maßnahmen gedacht sein (IT6:232-235), können aber der Gesundheit zuträglich sein. So betont IT4, dass durch Bewegungs- und Freizeitangebote das Selbstbewusstsein gestärkt werde (IT4:707ff). Kernthema ist dabei, dass Menschen mit Mehrfachbehinderung ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit und die Auswirkungen von bestimmten Verhaltensweisen auf ihre Gesundheit entwickeln, was von den Befragten hervorgehoben wird. Es wird versucht, Gesundheit in alltäglichen Handlungsabläufen zu fördern (IT2:239-245; IT5:442-448).

5.6 Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung

Da Betreuungspersonen einen großen Teil der Verantwortung für die Gesundheitsorge übernehmen, stellt die Schulung und Fortbildung der pädagogischen Fachkräfte einen wichtigen Aspekt dar. Die pädagogischen Fachkräfte müssen sich mit medizinisch-pflegerischen Aspekten auseinandersetzen, sodass sie professionell agieren können (IT1:456). Insofern gibt es verpflichtende Fortbildungen für die pädagogischen Fachkräfte (IT1460f), z. B. zur Medikamentenkunde (IT1:470f, IT6:262f), Krankenbeobachtung (IT1:475, IT6:240ff) oder im Bereich der Ernährung (IT1:842). Diese finden intern oder durch externe Kooperationspartner statt (IT4:229ff; IT6:251-255).

Die gesundheitliche Versorgung ist den Interviews zur Folge stark von interdisziplinärer Zusammenarbeit abhängig (IT1, IT4). Teilweise ist diese durch die Organisationsstruktur der Einrichtungen vorgegeben, wenn die Funktion der Wohnbereichsleitung von Fachkräften verschiedener Fachrichtungen ausgefüllt wird, wie es in einer der

befragten Einrichtungen der Fall ist (IT1). In der Kooperation pädagogischer und medizinisch-pflegerischer sowie anderer Fachkräfte können sich demnach verschiedene Kenntnisse und Sichtweisen ergänzen. Die Zusammenarbeit erfordert funktionierende Kommunikationswege, die z. B. in einer der befragten Einrichtungen durch runde Tische organisiert werden (IT7). Sowohl innerhalb von Einrichtungen als auch mit externen Diensten gilt, dass eine *„medizinische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung funktioniert, () wenn interdisziplinär gut zusammengearbeitet wird.“* (IT7:585ff). Interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert ein *„hohes Maß an Kommunikation und ein hohes Maß an Verbindung“* (IT1:1021f). In einem Interview wurde verdeutlicht, dass in Großeinrichtungen ein integrierter medizinischer Dienst eine zentrale Funktion einnehmen und eine Erleichterung für den Austausch zwischen Medizinerinnen und Wohngruppenmitarbeitern darstellen kann (IT7). Die gesundheitliche Versorgung ist dabei sowohl von interner als auch externer Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Personen abhängig (IT1, IT4, IT6). Ein befragter Pädagoge versteht die gesundheitliche Versorgung als Netzwerkarbeit, bei der je nach individuellem Bedarf die notwendigen Fachkräfte für Fördermaßnahmen herangezogen werden (IT4). In IT6 wird angemerkt, dass weder die pädagogischen noch die pflegerischen Ausbildungen ausreichend Inhalte zur Gesundheit und Gesundheitsförderung aufweisen (IT6:707-713).

5.7 Hindernisse in der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung

Das Thema Gesundheitsförderung und die damit zusammenhängenden positiven und negativen Faktoren erscheinen kaum bewusst oder reflektiert (IT3:331ff; IT6:222ff). Laut IT5 sind die Hindernisse in der Gesundheitsförderung vielschichtig (IT5:469). Als größtes Hindernis wird genannt, *„dass die Klienten selber nicht sagen können, was sie wollen, was sie nicht wollen, ob es weh tut, ob es nicht weh tut.“* (IT5:517f). Teilweise stellt es eine Schwierigkeit dar, den Bewohnern länger andauernde oder regelmäßige Angebote zu gesundheitsbezogenen Themen wie Ernährung oder Bewegung zu offerieren (IT2:94-97, 183). Zurückgeführt wird dies auf den Grad der Beeinträchtigung und fehlende Motivation (IT2:190-193). Dies entspricht der Äußerung, dass kognitive Einschränkungen Aufklärungsarbeit und Beratung als auch die Entwicklung eines Bewusstseins für gesundheitsschädliche Verhaltensweisen sowie eines gesundheitsförderlichen Lebensstils erschweren (IT1:851ff; 868; IT7:889-896).

Gesundheitsförderliche Maßnahmen müssen den Fähigkeiten und Interessen entsprechend sehr individuell gestaltet und begleitet werden, sodass Gruppenaktivitäten laut den Befragten kaum durchführbar sind (IT2:197-202). Jedoch lässt die personelle Ausstattung in stationären Wohneinrichtungen keine regelmäßigen Individualbetreuungsmaßnahmen zu, die lediglich für die Gewährleistung der Grundversorgung ausgelegt ist. Auch Gruppenaktivitäten sind teilweise nur eingeschränkt möglich, wenn nicht ausreichend Personal vorhanden ist, um z. B. mehrere Rollstühle zu schieben (IT2:204-207; 257-264; 209-220; IT5:723ff; IT6:468-473;750ff).

Um eine gewissenhafte Einschätzung des Gesundheitszustands der Bewohner zu ermöglichen, müssen nach Aussagen der Befragten in den Wohngruppen genügend Mitarbeiter mit möglichst geringer Fluktuation zur Verfügung stehen (IT6:678-683; IT7:411ff). Bei hohem Pflegebedarf kommen pädagogische Berufsbilder an ihre Grenzen (IT2:435-439). Während in den befragten Wohneinrichtungen, in denen mehrheitlich Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen leben, Pflegefachkräfte eingestellt sind, können in anderen befragten Einrichtungen zunehmende Pflegebedarfe durch steigendes Alter oder Erkrankungen von pädagogischen Fachkräften nicht aufgefangen werden (IT2:435-439; IT5:277f; IT6:349-357). Es wird hierbei darauf hingewiesen, dass die Finanzierung von Pflegemehraufwand nicht abgedeckt ist und gesondert gerechtfertigt werden muss, sodass dieser im Zweifelsfall durch die Einrichtung getragen werden muss (IT1:681-690). Zudem erschwert der durch eng bemessene Personalschlüssel entstehende Zeitmangel eine sorgfältige Gesundheitsvorsorge (IT6:692f).

In Bezug auf die medizinische Versorgung steht die Barrierefreiheit in Arztpraxen, medizinischer Instrumente und der Ausstattung als Hindernis im Vordergrund, die nach Aussagen der Interviewten bisher nur vereinzelt gegeben ist (IT1:1074, 1081f, 1102f.). Es wird darauf hingewiesen, dass sich das medizinische Versorgungssystem auf Menschen mit Mehrfachbehinderung ausrichten müsse (IT1:1106f). Problematisch werden die bestehenden Finanzierungsregeln für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser beurteilt, da sie besondere Bedarfe nicht berücksichtigen. Darüber hinaus sind geschulte und erfahrene Ärzte und Therapeuten unerlässlich, die sich auf Menschen mit Mehrfachbehinderung einlassen (IT6:700-704). So ist eine auf den Personenkreis zugeschnittene medizinische Versorgung erforderlich, die durch einen integrierten medizinischen Dienst, aber auch durch niedergelassene Ärzte gewährleistet werden kann (IT7:963ff).

5.8 Gesundheitsförderung in der Pädagogik

Für die gesundheitliche Versorgung sind die Wohngruppenmitarbeiter und insbesondere die Bezugsbetreuer zuständig, die die Vereinbarung und Begleitung von ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen übernehmen (IT3:237-240; IT4:245ff; IT5:662). Sie erhält große Bedeutung für die pädagogischen Betreuungspersonen und beansprucht sehr viel Zeit im Alltag der Wohngruppen (IT4:471; IT6:169-172). Die pädagogischen Betreuungspersonen werden als „Netzwerker“ wahrgenommen, die sich die Fachleute heranziehen, die für das Erreichen eines Ziels erforderlich sind (IT1:989ff; 995, 1005ff). Dies bedeutet ebenso, andere Fachdisziplinen zu Rate zu ziehen, sodass gesundheitliche Ziele und Maßnahmen formuliert werden können (IT1:1036-1040). Abgesehen von speziellen medizinischen Maßnahmen sind die pädagogischen Fachkräfte für Freizeit, Bewegung und Ernährung zuständig (IT7:721-724). Den Befragten zufolge sind die Betreuungspersonen darüber hinaus für den Umgang mit gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen zuständig. Den pädagogischen Fachkräften obliegt demnach die Aufgabe, Strategien zu entwickeln, mit denen den

Bewohnern vermittelt und mit ihnen gemeinsam erarbeitet werden kann, was ihre Lebensweise und Verhaltensweisen für ihre Gesundheit bedeuten (IT1:871-875). Aufgrund der unterschiedlichen Fähigkeiten müssen diese individuell und kreativ gestaltet werden (IT:891-898). Die in den Hilfeplänen festgehaltenen Ziele werden gemeinsam mit den Bewohnern vereinbart, und insofern können die Bewohner ihre eigenen gesundheitsbezogenen Ziele und Maßnahmen bestimmen (IT3:297ff; IT4:733-736). Dabei wird gemeinsam mit dem Bewohner entsprechend seiner Wünsche und Bedürfnisse sowie anhand seiner Ressourcen nach möglichen Strategien gesucht (IT1:970ff; 974-978). In IT6 wird darauf hingewiesen, dass sich Gesundheitsförderung und pädagogische Förderung ähnlich wie Pflege und Pädagogik nicht trennen ließen (IT6:484-486). Insbesondere wenn pflegerische Verrichtungen nicht stellvertretend, sondern mit der Person gemeinsam ausgeführt werden, sind es gleichermaßen pädagogische Verrichtungen (IT6:486-491).

5.9 Selbstbestimmung – Gesundheitsförderung – gesundheitliche Versorgung

Selbstbestimmung und Selbstständigkeit werden in den Interviews als maßgebliche Ziele hervorgehoben und sind teilweise in der Konzeption der Einrichtungen verankert (II5:450; IT6:281ff). Dabei scheinen Selbstbestimmung und die Gesundheits Sorge in einem Spannungsfeld zu stehen, da den Bewohnern grundsätzlich Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zugesprochen wird und daneben die Erkenntnis besteht, dass sie die Auswirkungen des eigenen Handelns teilweise nicht abschätzen können (IT6:327-333; IT7:763-776). So stellt sich die Frage, inwiefern gesundheits-schädliches Verhalten verhindert und wie ein Kompromiss zwischen Befriedigung von Bedürfnissen und der Gesundheit, z. B. durch alternative Verhaltensweisen, gefunden werden kann (IT2:104-108, 112-115; IT3:213ff). Laut den Befragten obliegt hier den Betreuungspersonen die Verantwortung, die Tätigkeiten der Bewohner im Sinne ihrer Gesundheit und Sicherheit zu beaufsichtigen oder zu kontrollieren (IT4:327-333). Da Reglementierungen und Grenzsetzungen den Aussagen der Befragten zufolge weitestgehend abgelehnt werden, stehen die pädagogischen Betreuungskräfte vor der Herausforderung, pädagogische Interventionen zu entwickeln, sodass gesundheitsschädliche Verhaltensweisen verringert oder aufgegeben werden (IT1:908f; 979-984; IT6:81f; IT7:740ff). Hierbei wird in den Interviews darauf hingewiesen, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen nur erfolgreich sein können, wenn an Ressourcen und Stärken angeknüpft wird, was dem Empowerment von Gesundheitsförderung zu entsprechen scheint (IT1:974-978; IT2:203ff). Zudem wird in den Interviews angeführt, dass Selbstständigkeit und Gesundheitsförderung auch einhergehen können, wenn z. B. durch Toilettentraining das Tragen von Einlagen, was mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein kann, überflüssig wird (IT5:436-440). Bei selbstständiger Einnahme von Medikamenten, z. B. bei Diabetes, muss von den Betreuungskräften sorgsam abgeschätzt werden, ob die eigenständige Medikamenteneinnahme gewissenhaft erfolgt und welche Risiken sich bei falscher Einnahme ergeben können (IT3:322-328; IT4:121-126). Diese Aussagen verdeutlichen, dass zwischen Gesundheitsförderung

und pädagogischen Zielsetzungen wie Selbständigkeit und Integration Wechselwirkungen bestehen und sich die Bereiche gegenseitig beeinflussen (IT4:822f).

5.10 Inklusion – Gesundheitsförderung – gesundheitliche Versorgung

Inklusion wird nicht explizit auf den Bereich der Gesundheit und Gesundheitsförderung bezogen, sondern orientiert sich eher am Sozialraum (IT2:345-353; IT4:602ff). In der gesundheitlichen Versorgung kann die ambulante Versorgung in den Arztpraxen für die Bewohner Selbständigkeit und Integration in die Gesellschaft bedeuten, was von Seiten der Wohneinrichtungen gefördert wird (IT3:141-144; IT4.138ff). Den Aussagen lässt sich entnehmen, dass dies jedoch zu einem höheren Aufwand für die Wohngruppenmitarbeiter führt, die die Arztbesuche häufig vereinbaren und begleiten müssen (IT4:140ff; IT6:109ff).

5.11 Herausforderung Alter

Die Thematik der Versorgung von alten Menschen mit Mehrfachbehinderung erhält große Bedeutung und stellt sich für die Befragten als schwierige Aufgabe dar, für die es bisher keine sicheren Lösungsmöglichkeiten gibt. So wird in Anbetracht des großen Anteils älterer Bewohner eine große Unsicherheit und Ratlosigkeit bezüglich ihrer pflegerischen Versorgung als auch ihrer Betreuung und Begleitung deutlich (IT2:395f; 436-439; 458-462). Insbesondere im Alter entstehender hoher Pflegeaufwand kann nicht aufgefangen werden, und Demenzerkrankungen stellen eine Herausforderung für die bisherigen Angebotsstrukturen der Wohneinrichtungen dar (IT1:1166ff; IT2:436-439). In IT6 wird betont, dass Wohneinrichtungen Einrichtungen der Eingliederungshilfe und keine Pflegeeinrichtung seien, sodass sie nicht auf hohen Pflegeaufwand oder fortgeschrittene Demenzerkrankungen ausgerichtet seien (IT6:349-352). Allerdings haben die Einrichtungen den Anspruch, die Bewohner bis zu ihrem Tod zu begleiten (IT1:141, 609ff; IT4:787ff). Insofern gilt es, „*gegen die Zeit zu arbeiten*“ und Alterserscheinungen aufzuhalten (IT2:365ff). Die Betreuung während des Tages von alten Menschen mit Mehrfachbehinderung ist teilweise ungeklärt und das vom Kostenträger vorgesehene Altenmodul nicht ausreichend (IT2:480-486). Von den Einrichtungen werden teilweise Kooperationen mit nahegelegenen Altenpflegeschulen initiiert, um die Arbeit mit Menschen mit Mehrfachbehinderung als ein mögliches Arbeitsfeld der Altenpflege bekannt zu machen (IT 1:1155ff, 1205-1208).

6. Diskussion

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen, dass es den Befragten schwerfällt, Gesundheitsförderung begrifflich zu fassen. Dieser Begriff wird überwiegend mit gesundheitlicher Versorgung gleichgesetzt. Dieses Phänomen ist auch bei Gesundheitsprofessionen wie niedergelassenen Ärzten oder Pflegenden in einer Untersuchung von Flick et al. (Flick

et al. 2006) zu beobachten. Des Weiteren wird deutlich, dass Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung in Wohneinrichtungen und Wohngruppen einen großen Stellenwert einnehmen und Aspekte der Prävention sowie Maßnahmen für den Erhalt von Fähigkeiten und die Förderung von Stärken und Ressourcen vorhanden sind. Jedoch werden diese nicht in Bezug zum Konzept Gesundheitsförderung gesetzt und grundlegende Zielsetzungen anhand des Konzeptes zur Gesundheitsförderung sind nicht vorhanden.

Die in den Interviews aufgeführten einzelnen Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit enthalten sowohl präventive als auch gesundheitsförderliche Aspekte, sodass diese nicht immer eindeutig voneinander getrennt werden können. Inwiefern gesundheitsfördernde Maßnahmen durchgeführt werden, scheint von der Größe der Einrichtung und den damit verbundenen Kapazitäten und davon abhängig, ob auf dieses Thema ein Fokus gesetzt wird. So ist bei einer Ernährungsberatung die Herangehensweise und praktische Durchführung entscheidend. Bewegungs- und Freizeitangebote scheinen bei kleiner Bewohnerzahl für die Wohneinrichtungen schwierig zu organisieren zu sein und finden eher auf individueller Ebene statt. Mit diesem Ergebnis wird eine Erkenntnis aus der internationalen Literaturlage bestätigt, dass Menschen mit Behinderungen weniger in den Genuss von sportlichen Aktivitäten kommen und die Gründe häufig in den physischen Barrieren und Ressourcen liegen (Howe & Hancox 2010). Diese Aussagen in den Interviews verdeutlichen, dass der Anspruch, größtmögliche Selbstbestimmung im Kontext Gesundheit zu realisieren, mit gründlicher Beobachtung und Einschätzung von Fähigkeiten als auch Verantwortung der Betreuungskräfte verbunden ist und fortwährend abgewogen werden muss. Es wäre möglich, auf der Ebene der Wohneinrichtungen und Wohngruppen Gesundheitsförderung konzeptionell durch konkrete Zielsetzungen zu verankern, so dass eine Grundlage für Gesundheitsförderung gelegt wird. Darüber hinaus könnte ein vielfältiges Netzwerk mit anderen Diensten und Anbietern im Sozialraum den Zugang zu Ressourcen leisten, die entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe entwickelt wird. Ein derart gestaltetes Netzwerk setzt jedoch ein inter- und multidisziplinäres Vorgehen der Pädagogen sowie Pflegenden, Ärzten und anderen Gesundheitsprofessionen voraus.

Durch die vorrangige Verantwortung der Bezugsbetreuer für die gesundheitliche Versorgung und die Formulierung von Förderzielen sowie die Umsetzung entsprechender Maßnahmen, nehmen Gembris-Nübel (2004) folgend die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Bezugsbetreuer großen Einfluss auf die gesundheitliche Versorgung der Menschen mit Behinderungen. Hinzu kommt, dass pädagogisches Handeln von der Persönlichkeit des Pädagogen bestimmt wird (Speck 2008). Dieser Befund bestätigt die Annahme, dass interdisziplinäre Konzepte zur Gesundheitsförderung sowie gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen sinnvoll sein können, um die Ressourcen zu fördern und gesundheitlichen Bedarfe umfassend zu decken. Die Berücksichtigung der Partizipation von Bewohnern und Mitarbeitern erscheint dabei als ein weiterer zielführender Aspekt (Faltermaier & Wihofszky 2012).

An der gesundheitlichen Versorgung sind verschiedene Dienste beteiligt. So befassen sich je nach Bedürfnislage neben Ärzten verschiedener Fachrichtungen und den Wohngruppenmitarbeitern Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Orthopädiemechaniker mit der Gesundheit von Menschen mit Mehrfachbehinderung. Damit die Maßnahmen und Interventionen ineinander greifen und zusammenwirken können, ist interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Insofern sind Überlegungen erforderlich, wie die Zusammenarbeit organisiert und stattfinden soll, sodass Ressourcen bestmöglich genutzt werden können. Die Wohneinrichtung und ihre Mitarbeiter können hier eine zentrale Koordinierungsstelle darstellen und die gesundheitliche Versorgung entscheidend gestalten. Den Mitarbeitern obliegt die Aufgabe den Menschen mit Mehrfachbehinderung, der seine Bedürfnisse ggf. nicht selbst äußern und durchsetzen kann, darin zu unterstützen und zu begleiten. Dies kann als soziale Netzwerkarbeit verstanden werden. Diese umfasst sowohl eine präzise Methode zur Analyse von sozialen Beziehungen als auch den Ansatz der Aktivierung von sozialer Unterstützung (Nowak 2005). In diesem Kontext zielt sie auf Vernetzung mit verschiedenen Personen, sozialen Diensten und Institutionen, um Ressourcen zu mobilisieren (ebd.). Für die Gestaltung der Kooperation mit verschiedenen Gesundheitsdiensten scheint diese Strategie naheliegend, und sie lässt sich mit dem Konzept zur Gesundheitsförderung verbinden, indem es eine grundlegende Ausrichtung an Ressourcen und an Empowerment in der Gestaltung der Kooperation bewirkt (Straus 2007).

Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung sind vielschichtig. Sie weisen darauf hin, dass in Diagnostik und Therapie das Verständnis bei Ärzten und Pflegekräften für die Bevölkerungsgruppe Menschen mit Mehrfachbehinderung nicht gut ausgeprägt ist sowie nur wenig zwischen pädagogischen und medizinischen Fachkräften kooperiert wird. Es wird deutlich, dass in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit mehrfachen Behinderungen eine geringe Interdisziplinarität besteht. Ein möglicher Grund für das geringe Verständnis von Ärzten mag darin liegen, dass die medizinische Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung nicht Bestandteil der Ausbildung von Ärzten ist und sich vor diesem Hintergrund vorrangig auf die Erfahrung und das Engagement der Ärzte stützt. In der Zwischenzeit werden Weiterbildungen zu diesem Themengebiet angeboten (s. Bundesärztekammer 2011; Jungnickel 2008). Für eine fachübergreifende ärztliche Versorgung könnten Konsiliardienste hilfreich sein, so dass das Wissen von erfahrenen und spezialisierten Ärzten an niedergelassene Allgemein- und Fachärzte weitergegeben werden kann. Eine angemessene Qualifizierung von niedergelassenen Ärzten erscheint dann notwendig, wenn dezentrales und deinstitutionelles Wohnen für Menschen mit Behinderungen umgesetzt werden soll. Bei den Pflegekräften scheint das geringe Bewusstsein für die gesundheitlichen Bedarfe von Menschen mit Mehrfachbehinderungen auch in einer nicht ausreichenden Qualifikation für diese Zielgruppe zu liegen (Marsden 2001; Buzio et al. 2002; Schmidt 2010). Dieser Aspekt wird auch in einer qualitativen Forschungsarbeit belegt, in der mit Hilfe von problemzentrierten Interviews untersucht wurde, wie Menschen mit Behinderungen und ihre Betreuer aus Wohneinrichtungen die pflegerische Versorgung während stationärer Aufenthalte in Akutkrankenhäusern beurteilen. In Bezug zu der Pflege von

Menschen mit Behinderungen wurde darüber hinaus festgestellt, dass diese durch mangelnde Akzeptanz, respektlosem Verhalten, mangelnde Kommunikation und Fremdbestimmung geprägt ist und demgemäß eingeschränkte Selbstständigkeit und vermehrte Abhängigkeit vom Pflegepersonal zu beobachten ist (Richter & Bogmann 2008).

Des Weiteren lassen die Ergebnisse erkennen, dass Wohneinrichtungen von außen bzw. Gesundheitsprofessionen und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung nicht als Eingliederungshilfe, sondern als Pflegeeinrichtungen wahrgenommen werden. So werden von Wohneinrichtungen Tätigkeiten der Behandlungspflege erwartet, die nicht im Aufgabenbereich von Einrichtungen der Eingliederungshilfe liegen und die von pädagogischen Fachkräften nicht geleistet werden dürfen. Allerdings schränken die derzeitigen Finanzierungsregelungen eine umfassende Versorgung ein. Aus diesen Resultaten ergeben sich Forderungen nach Anpassung der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Prozesse, geregelter Zusammenarbeit und „organisatorische Anpassung von Aufnahme, stationärem Aufenthalt und Entlassung“ (Roser et al. 2011:64), Schaffung angemessener fachlicher und personeller Voraussetzungen sowie nach Barrierefreiheit (ebd.).

Für die gesundheitliche Versorgung ist bei Wahrnehmungs- und Kommunikations-einschränkungen der Zielgruppe eine sorgfältige Einschätzung sowie Beobachtung erforderlich, um Krankheitszeichen frühzeitig zu erkennen, die jedoch wegen der eng bemessenen personellen Ausstattung in den Wohneinrichtungen erschwert wird. Die Versorgung älterer Menschen mit Mehrfachbehinderung und die Deckung der Bedarfe wird als eine große Herausforderung betrachtet. Dieser Eindruck lässt sich mit Befunden in der Literatur bestätigen (Ding-Greiner 2010; Hardt-Stremayr 2007, Richter & Bogmann 2008; Sendermann & Vohle 2012; Flickinger-Pflüger et al. 2010). Es wurden erste Anhaltspunkte der Kapazitätserschöpfung in einigen Wohngruppen festgestellt (Hardt-Stremayr 2007). Des Weiteren macht sich aufgrund weniger Erfahrungen sowie Unwissenheit bzgl. Alterungsprozesse und altersbedingter Krankheiten, eine verstärkte Unsicherheit in der Pflege bei den Mitarbeitern bemerkbar (Hardt-Stremayr 2007; Richter & Bogmann 2008; Fringer 2005).

Die bestehenden Finanzierungsregelungen, der Personalschlüssel und die Qualifikation der Mitarbeiter reichen derzeit nicht aus, den komplexen gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen der Menschen mit Mehrfachbehinderungen gerecht zu werden. Zudem ist die Gewährleistung von Pflegeleistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht zufriedenstellend geregelt. Hier sind die Sozialhilfeträger gefordert, durch Verbesserung der strukturellen Bedingungen personelle und materielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen (Seifert et al. 2008). Um den im Alter entstehenden Pflege- und Betreuungsbedarfen gerecht werden zu können, erscheinen flexible Wohnformen sinnvoll, die durch Sozialhilfeträger und Pflegekassen finanziert werden. Problematisch ist, dass die Wohneinrichtungen noch nicht auf die Pflege- und Betreuungsbedarfe vorbereitet sind (Ding-Greiner 2010). Es liegen bisher noch keine systematischen Pflegekonzepte für Menschen mit Mehrfachbehinderung vor (Seifert et al. 2008).

7. Zusammenfassung und Ausblick

Diese Untersuchung zeigt das weite Spektrum im Verständnis von Gesundheitsförderung bei Menschen mit Mehrfachbehinderung auf. Sehr deutlich wurden die weitreichenden Überschneidungen von pädagogischen und medizinischen und gesundheitlichen Handlungsfeldern in der Praxis. Dies birgt ein hohes Potenzial für zukünftige interdisziplinäre Konzepte in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung, die derzeit fehlen. Die pädagogischen Zielsetzungen enthalten durchaus Aspekte der Gesundheitsförderung. Jedoch ist das Konzept zur Gesundheitsförderung als solches bei den Betreuungskräften kaum im Bewusstsein. Die gesundheitliche Versorgung ist ein großer Bestandteil in der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Mehrfachbehinderung, und den professionellen Betreuungskräften kommt diesbezüglich große Verantwortung zu. Daher sind Aus- und Fortbildungen sowie regelmäßige Reflektions- und Beratungsgespräche der Betreuungskräfte wichtige Verfahren der Qualitätsentwicklung der gesundheitlichen Versorgung. Für eine umfassende gesundheitliche Versorgung ist zudem die erfolgreiche Zusammenarbeit und Interdisziplinarität verschiedener Professionen und Einrichtungen unerlässlich. Inwiefern Aspekte der Gesundheitsförderung in die Betreuung von Menschen mit Mehrfachbehinderung einfließen, ist stark von strukturellen organisatorischen Bedingungen und Zielsetzungen der jeweiligen Wohneinrichtung abhängig. Als deutlichste Hindernisse für eine sorgfältige Gesundheitsversorgung und gesundheitsförderliche Maßnahmen haben sich ein eng bemessener Personalschlüssel und die daraus folgende Zeitnot der Betreuungskräfte herausgestellt. Das Konzept Gesundheitsförderung lässt sich auf verschiedenen Handlungs- und Organisationsebenen anwenden und bietet medizinischen wie auch nicht medizinischen Fachkräften ein umfassendes und grundlegendes Verständnis von Gesundheit und deren Stärkung. Obwohl die Gesundheits-sorge einen maßgeblichen Bestandteil der pädagogischen Begleitung und Betreuung von Menschen mit Mehrfachbehinderung darstellt, wird dieser Themenbereich kaum aus pädagogischer Perspektive betrachtet und überwiegend medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Disziplinen überlassen. Insbesondere die Anwendung und Übertragung pädagogischer Prinzipien auf die Gesundheits-sorge und die sich ergebenden Überschneidungen und Spannungsverhältnisse können neue Erkenntnisse für die Pädagogik wie auch die Medizin und Gesundheits- und Pflegewissenschaft generieren. Das Konzept der Gesundheitsförderung könnte dabei einen Beitrag darstellen. Diese Untersuchung offenbart mögliche Ansatzpunkte sowohl für die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Konzepten für die Personengruppe der Menschen mit Mehrfachbehinderung als auch für weitergehende wissenschaftliche Untersuchungen zu Wirkungsweise von relevanten Faktoren und Bedingungen und zur Entwicklung und Implementation interdisziplinärer Konzepte gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung.

Literatur

- Alborz, A. et al. (2005): Access to healthcare for people with learning disabilities: Mapping the issues and reviewing the evidence. In: *J Health Serv Res Policy* 10:3:173-182
- Altgeld, T., Kolip, P. (2010): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3., vollständig überarbeitete u. erweiterte Aufl. Verlag Hans Huber: Bern, S. 45-36
- Biermann, A. (2008): Schwermehrfachbehinderung. In: Nübeck, S. et al. (Hrsg.): *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung*. Handbuch Sonderpädagogik, Band 4, Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 56-69
- Bradbury-Jones, C. et al. (2013): Promoting the health, safety and welfare of adults with learning disabilities in acute care setting: a structured literature review. In: *Journal of Clinical Nursing* 22:1497-1509
- Bundesärztekammer (2011): *Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung*
- Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe (BEB) (2011): *Das Recht auf gesundheitliche Versorgung – ein Menschenrecht auch für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung! Positionspapier des BeB zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im Sozialraum im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention*. Unter Mitarbeit von Jürgen Armbruster, Peter Bartmann, Ulrike Häcker und Matthias Schmidt-Ohlemann. In: Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe E.V. (BEB) (Hrsg.). Unter: http://www.beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2011-07_positionspapier_recht_auf_gesundheitliche_versorgung.pdf, Stand: 26.10.2012
- Buzio, A. et al. (2001): The Experiences of Adults with Cerebral Palsy During Periods of Hospitalisation. In: *Australian Journal of Advanced Nursing* 19:4:8-14
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): *WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005) (Hrsg.) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*
- Ding-Greiner, C., Kruse, A. (2003): Dimensionen der Prävention als Grundlage für ein interaktives Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Pfaff, H. et al. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Verlag Hans Huber: Bern, S. 179-184
- Ding-Greiner, C. (2010): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch kranker Menschen im Alter*. Beiträge aus der Praxis. Kohlhammer: Stuttgart, 1. Aufl., S. 13-30
- Faltermaier, T., Wihofsky, P. (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese - Subjekt - Lebenswelt. In: Rosenbrock, R, Hartung, S. (Hrsg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 102-113
- Flick, U. et al. (2006): *Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften*. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
- Flick, U. (2011): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 4. Aufl. Rowohlt Verlag: Reinbek bei Hamburg
- Flickinger-Pflüger, M.; Hennings, F.; Konrad, M.; Reinhardt, N. K. (2010): *Pflege für ältere Menschen mit Behinderungen*. Schriftenreihe zur Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Band 16. Bochum: Con-tec
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (1998): Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 1986. In: Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.): *Dokumente der Gesundheitsförderung: Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung*. Blickpunkt Gesundheit, Band 1. 2. Aufl. Verlag Peter Sabo: Mainz, S. 96-101
- Franzkowiak, P. (2006): *Präventive soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. In: Homfeldt, H.-G., Mühlum, A. (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Band 9. Ernst Reinhardt: München
- Fringer, A. (2005): *Engpässe vermeiden. Pflegerische Interventionen bei Menschen mit geistiger Behinderung*. In: Nightingale. *Texte aus Pflegforschung und Pflegewissenschaft*. Hannover: Vincentz. Band 4, Heft 1, Seite 33-41

- Fornefeld, B. (2009): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. 4., überarbeitete u. erweiterte Aufl. Ernst Reinhardt: München
- Gembris-Nübel, R. (2004): Gesundheit und Behinderung: Eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe. Universität Bielefeld (Hrsg.)
- Gibbs, S.M. et al. (2008): The experiences of adults with intellectual disabilities and their carers in general hospitals: a focus group study. In: International Journal of Intellectual Disability Research 52:12:1061-1077
- Hardt-Streymayr, B. (2007): Die Versorgung von älter werdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung. - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie aus dem Bundesland Kärnten. In Melanie Deutmeyer; Andrea Thiekötter (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Probleme - Analysen - Perspektiven. Wien: Facultas, S. 41-72
- Hasseler, M. (2011): Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz. Juventa Verlag: Weinheim und Basel
- Howe, P, Hancox, L. (2010): Fit for life: promoting healthy literally lifestyles for adults with learning disabilities. In: Nursing Times 106:31:14-15
- Hurrelman, K. et al. (2012): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Aufl. Beltz Juventa: Weinheim, S. 661-691
- Kaba-Schönstein, L. (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Neuausgabe: Köln, S. 137-144
- Kran, G.L. et al. (2006): A Cascade of Disparities: Health and Health Care Access for People with intellectual disabilities. In: Mental Retardation and Developmental Disabilities 12:70-82
- Kolip, P. et al. (2012): Gesundheitsförderung mit System: quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber: Bern
- Kwok, H., Cheung, P.W.H. (2007): Co-morbidity of psychiatric disorder and medical illness in people with intellectual disabilities. In: Curr Opin Psychiatry 20:443-449
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century.
<http://www.fgoe.org/hidden/broschueren/jakartaerklaerung.pdf>
- Jungnickel, H. (2008): Eine besondere Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt 105:39:107
- Marsden, D.S. (2001): Disabled people in hospital: Evaluation of the CNS role: In: nursing standard 15.21.33-37
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Beltz Verlag
- McCarthy, J., O Hara, J. (2011): Ill-health and intellectual disabilities. In: Curr Opin Psychiatry 24:382-386
- Neuhäuser, G. (2008): Medizinische Aspekte. In: Nussbeck, S. et al. (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Band 4. Hogrefe Verlag: Göttingen, S. 159-178
- Nowak, J. (2005): Soziale Netzwerke. In: Kreft, D., Mielenz, I. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Vollständig überarbeitete und ergänzte Aufl., Weinheim: Juventa-Verlag: 615-618
- Richter, K. & Bogmann, H. (2008): Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation. Ein Beitrag zur Sicherung pflegerischer Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Akutkrankenhaus. In: Pflegewissenschaft 10:12:688-696
- Roser, J.M. (2011): Abschlussbericht zum Projekt Entwicklung einer Zielvereinbarung zur barrierefreien Krankenhausversorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung. In: Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Menschen e.V. (Hrsg.).
- Schmidt, C. (2010): Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus Sicht des Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus- Problemlagen und Lösungsperspektiven

- Seifert, F. et al. (2008): Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld: Bethel-Verlag
- Sendermann, N., Vohle, H. (2012): Ein Mehr an Pflege und Zuwendung. In Die Schwester, der Pfleger: die führende Pflegezeitschrift für Pflegeberufe. Band 1, S. 32-34
- Sinai, A. et al. (2012): Older adults with intellectual disability. In: Curr Opin Psychiatry 25:359-364
- Speck, O. (2008): System Heilpädagogik: Eine ökologisch reflexive Grundlegung. 6. Aufl., München: Ernst Reinhardt
- Straus, F. (2007): Netzwerk und Beratung. In: Nestmann, F. et a. (Hrsg): Das Handbuch der Beratung: Band I: Disziplinen und Zugänge. 2. Aufl., Tübingen: dgvt-Verlag:407-411
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung. Weinheim: Juventa Verlag 195-228
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2012): The Ottawa Charter for Health Promotion. In: Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.). Unter: <http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, Stand: 22.11.2012

Elisabeth Sandforth, MsC Erziehungs- und Bildungswissenschaften, Schwerpunkt Rehabilitationspädagogik
Siegfriedstraße 128, 38106 Braunschweig

Prof. Dr. Martina Hasseler
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen
Rothenfelder Str. 10, 38440 Wolfsburg