

B&G

Bewegungstherapie & Gesundheitssport

Prävention, Sporttherapie und Rehabilitation in Wissenschaft und Praxis

60

Sonderausgabe 2021
Seite 1–88
37. Jahrgang

Gesunde

Pflege

Bewegt

Sonderausgabe
Modellvorhaben
POLKA

Offizielles Organ
Deutscher Verband
für Gesundheitssport
und Sporttherapie
(DVGS) e. V.



DVGS



BEWEGTES HEIM
ZERTIFIZIERT

Gesunde

Pflege

Bewegt

 **Thieme**

Korrektur exemplar: Veröffentlichung (auch online), Vervielfältigung oder Weitergabe nicht erlaubt. --- Proof copy: publication (also online), reproduction and further transmission is not allowed. --- Korrektur exemplar: Veröffentlichung

Der neue
Terminkalender ab September
als Broschüre und online
unter www.dvgs.de verfügbar.

SPORT-/ BEWEGUNGSTHERAPIE / GESUNDHEITSFÖRDERUNG

INFOS & TERMINE 2022



DEUTSCHER VERBAND
FÜR GESUNDHEITSSPORT UND
SPORT-/BEWEGUNGSTHERAPIE E. V.



Korrektorexemplar: Veröffentlichung (auch online), Vervielfältigung oder Weitergabe nicht erlaubt. --- Proof copy: publication (also online), reproduction and further transmission is not allowed. --- Korrektorexemplar: Veröffentlichung

Grußwort



Andreas Storm

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Pflege ist eine der großen Herausforderungen für unsere Gesellschaft. Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr alte immer weniger jungen Menschen gegenüberstehen. Die Herausforderung ist auch deshalb so groß, weil sie zwei Seiten derselben Medaille betrifft: Wir müssen sicherstellen, dass für die Pflegebedürftigen ein Leben in Würde möglich ist. Auch für demenziell erkrankte Menschen muss in geeigneter Weise gesellschaftliche Teilhabe möglich sein. Die pflegerische Versorgung muss im Regelfall ohne Sozialhilfe finanziell leistbar sein und darf nicht zur Fürsorgefalle werden. Außerdem müssen Ausbildung und Arbeitsbedingungen von Pflegerinnen und Pflegern so gestaltet werden, dass nicht nur die Anerkennung für diesen gesellschaftlich so wichtigen Job stimmt. Auch Arbeitsbedingungen und Entlohnung müssen angemessen und ein Anreiz sein, diesen Beruf zu ergreifen. Entscheidend hierbei ist, auch die Gesundheit von Pflegekräften in den Fokus zu nehmen – der verhältnismäßig hohe Krankenstand in der Branche spricht hier eine deutliche Sprache. Deshalb hat die DAK-Gesundheit in 40 Pflegeeinrichtungen Schleswig-Holsteins das Modellvorhaben POLKA (Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation von körperlicher Aktivität) gestartet. Wir bündeln damit die Aufgaben, die sich für uns als gesetzliche Kranken- und Pflegekasse aus zwei Gesetzen ergeben: dem Präventionsgesetz von 2015, das für Präventionsangebote in Pflegeeinrichtungen sorgt, und dem Pflegepersonalstärkungsgesetz von 2019, das Leistungen betrieblicher Gesundheitsvorsorge für die Mitarbeitenden festschreibt.

POLKA nimmt beide Seiten der Medaille in den Blick. Wir stärken die vorhandenen gesundheitsfördernden Potenziale sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen als auch für die Pflegekräfte. Das Modellvorhaben setzen wir mit fünf erfahrenen Kooperationspartnern unter der Leitung des Deutschen Verbandes für Gesundheits-sport und Sporttherapie e. V. um. Die ersten Ergebnisse machen Mut. Trotz der widrigen Umstände durch die Corona-Pandemie konnten wir schon viele Inhalte von POLKA umsetzen – nicht zuletzt dank der digitalen Möglichkeiten, die wir dabei nutzen.

Das Modellvorhaben POLKA wird uns noch weitere drei Jahre begleiten. Ich bin überzeugt, dass es den Menschen hilft, gesund zu bleiben, und hoffe, dass das Modell der bewegungsfördernden Prävention auch in anderen Regionen Deutschlands Schule macht. Um dies zu erreichen, wollen wir unsere Erfahrungen in unser Projekt des Regionalen Pflegekompetenz-zentrums integrieren.

Andreas Storm

Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit

Gesunde Pflege bewegt



Sandra Schmidt

Liebe Leserinnen und Leser,

diese Ausgabe der „Bewegungstherapie und Gesundheitssport“ (B&G) ist in Form und Inhalt innovativ. In den 37 Jahrgängen der DVGS-Fachzeitschrift erschien noch nie eine Spezial-Ausgabe der B&G. Ein sehr besonderes Thema führte zu diesem Sonderheft: die Prävention in der Pflege.

Das Thema selbst ist Ausdruck für die Schnittstellenverschiebung von Bewegungsförderung in der Gesundheitsförderung/Prävention, Rehabilitation und Pflege. Körperliche Aktivität stärkt Ressourcen – nun auch in der Pflege.

Wir freuen uns, Ihnen das „Modellvorhaben POLKA“ vorstellen zu dürfen. POLKA entwickelt und erprobt eine komplexe bewegungsbezogene Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Pflegeheime werden zu Kompetenzzentren für körperliche Aktivität und Bewegung. Die Vermittlung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz bezieht sich auf Pflegebedürftige wie auch Pflegendе. Prävention in der Pflege trifft auf betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege.

Dabei kommt der bedarfsorientierten Versorgung im Projekt ein hoher Stellenwert zu. Ausgehend von Assessments bei Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen von rund 40 Pflegeheimen vorwiegend in Schleswig-Holstein/Lübeck werden Bewegungsmaßnahmen auf der Basis der Assessment-Ergebnisse ausgewählt, angepasst, durchgeführt und evaluiert. Ziel ist die Optimierung der Maßnahmen zur Vorbereitung einer nachhaltigen Regelversorgung nach Ablauf des Modellvorhabens im Juni 2024.

Im Projekt POLKA kommen besonders qualifizierte Personal-Tandems zum Einsatz. Bewegungs- und BGF-Expert*innen verantworten die Durchführung der Bewegungs- und BGF-Maßnahmen. Spezifisch geschulte Bewegungs- und BGF-Lots*innen übernehmen die Supervision der Assessments und Maßnahmenauswahl.

Die Projektdurchführung war 2020 durch die Pandemie beeinflusst. So war die Durchführung von Testungen und Bewegungsmaßnahmen in den Pflegeheimen erschwert. COVID-19 wirkte aber auch im Gesundheitswesen als Katalysator für die Digitalisierung. Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen führten auch im Modellvorhaben POLKA zur Entwicklung digitaler Versorgungsinterventionen. Diese finden nun analog, digital und auch hybrid sowohl für Pflegendе aber auch Pflegebedürftige Anwendung.

Der Projektträger, die DAK-Gesundheit, sowie die Projektleitung, der DVGS e. V., bedanken sich bei den Kooperationspartnern für deren Unterstützung.

Die Projektpartner POLKA stellen in dieser Heftausgabe deren Stand der Mitarbeit im Modellvorhaben vor: die Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (Pflegebedürftige), das Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement (Pflegendе) sowie die Firma Kraaibeek (ernährungsbezogene Gesundheitskompetenz).

Wir danken insbesondere den kooperierenden Pflegeeinrichtungen für deren Engagement und Interesse – gerade in diesen besonderen Zeiten. Einige der beteiligten Einrichtungen stellen wir Ihnen in dieser Zeitschrift vor.

Ein weiterer Dank gilt den Menschen, ohne die das Modellvorhaben nicht durchgeführt werden könnte: allen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen, die gerne Polka tanzen. Wir wünschen Ihnen eine aktivierende Lektüre!

Sandra Schmidt (DAK-Gesundheit), Uwe Dresel (DAK-Gesundheit), Angelika Baldus (DVGS e. V.)



Uwe Dresel



Angelika Baldus

Bewegungstherapie und Gesundheitssport

Sonderheft 2021 · 37. Jahrgang

- 1 **Grußwort** | Andreas Storm
- 2 **Editorial | Gesunde Pflege bewegt**
Sandra Schmidt, Uwe Dresel, Angelika Baldus
-
- 5 **DAK-G | Zentrale Organisation pflegerischer Versorgung: Das Projekt ReKo** Milorad Pajovic
Central Organization of Health Services in Nursing: Project ReKo
- 7 **DAK-G | Versorgungsbedarf: Arbeitsunfähigkeitsanalyse von Beschäftigten in der Altenpflege (Factsheet)**
Susanne Hildebrandt, Sandra Schmidt
- 9 **DVGS | Modellvorhaben POLKA 2.0 – Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation körperlicher Aktivität**
Autorenteam POLKA
Model Project POLKA 2.0 – Nursing Facilities as Centres of Excellence in Health Care by Multiplication of Physical Activity
- 16 **DVGS | Modellvorhaben POLKA: Bewegungsempfehlungen für Pflegenden und Pflegebedürftige** Angelika Baldus, Stefan Peters
Model Project POLKA: Physical Activity Recommendations for Nurses and Care Recipients
- 19 **HIG | Belastung und Beanspruchung in der stationären Altenpflege – Eine Analyse als Grundlage in der betrieblichen Gesundheitsförderung** Gerhard Huber, Maximilian Köppel, Stefan Peters
Stress and Strain in Inpatient Care for the Elderly – An Analysis as a Basis for Workplace Health Promotion
- 27 **HIG | Wie belastet sind Pflegenden? (Factsheet)**
Gerhard Huber
- 29 **HIG | Wissenschaftliche Begleitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegefachkräfte im Projekt POLKA** Gerhard Huber
Scientific Monitoring of the Workplace Health Promotion for Nursing Staff in the Project POLKA
- 31 **HIG | Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege im Projekt POLKA – Qualitätskriterien und erste Befunde** Klaus Weiß, Janina Gassert, Gerhard Huber
Occupational Health Promotion in Inpatient Care for the Elderly in the POLKA Project – Quality criteria and initial findings
- 38 **HIG | Gesundheitsförderung in der Pflege: Ziele und Wirkung (Factsheet)** Gerhard Huber
- 40 **HIG | Stressimpfung durch körperliche Aktivität (Factsheet)** Gerhard Huber
- 42 **HIG | Vision der Lotsen- und Expertentätigkeit im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung** Janina Gassert, Klaus Weiß
Vision of Pilot and Expert Activity in the Field of Workplace Health Promotion
- 44 **FGL | Bedarfe für körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen: Leistungsfähigkeit und Sensitivität** Maximilian Köppel
Needs for Physical Activity among Patients in Inpatient Care Facilities: Performance versus Sensitivity
- 50 **FGL | Pflegebedürftige brauchen Kraft: Evidenz zum Bewegungsbedarf bei Pflegebedürftigen (Factsheet)**
Maximilian Köppel
- 58 **FGL | Bewegungsförderung für Bewohner in Pflegeheimen – Mit POLKA von der Theorie in die praktische Umsetzung**
Sonja Krupp, Robert Wentzel, Martina Nachtsheim, Bettina Höhne, Jennifer Kasper
Promotion of Physical Activity for Residents in Nursing Homes – With POLKA from Theory to Practical Implementation
- 72 **Kraaibeek | Betriebliche Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Ernährung im Setting Pflegeheim im Rahmen des Modellvorhabens POLKA**
Hanna-Kathrin Kraaibeek
Occupational Health Promotion in the Field of Nutrition in the Nursing Home Setting as Part of the Polka Model Project

- 75 **Pflege digital | Ein Einstieg zu digitalen Möglichkeiten im POLKA-Projekt – der Adventskalender 2020** Janina Gassert, Franz-Josef Baldus, René Streber
An Introduction to Digital Possibilities in the POLKA Project – the Advent Calendar 2020
- 78 **Pflege digital | Gamification von Bewegung und Gesundheit** Andy Buchhalter
Gamification of Exercise and Health
- 84 **Heime | POLKA – Gesundheitsförderung für und mit den Beschäftigten – Interviews mit teilnehmenden Einrichtungen** Hanna Lenz, Janina Gassert
POLKA – Workplace Health Promotion for and with the Employees – Interviews with Participating Institutions
-

88 **Impressum**

Covergestaltung: © Thieme

Bildnachweis Cover: DVGS e. V.

Zentrale Organisation pflegerischer Versorgung: Das Projekt ReKo

Central Organization of Health Services in Nursing: Project ReKo

Milorad Pajovic

Institut

DAK-Gesundheit, Hamburg



Eine zentrale Organisation der Versorgung, die den Pflegebedürftigen zugutekommt: Das ist die Idee hinter dem Regionalen Pflegekompetenzzentrum. Das gemeinsame Projekt von DAK-Gesundheit, der Universität Osnabrück und der Gesundheitsregion EUREGIO verknüpft alle wichtigen Akteure der Pflege in der niedersächsischen Modellregion Landkreis Graftschaft Bentheim/Landkreis Emsland. Neben der praktischen Arbeit steht auch die wissenschaftliche Evaluation des Projekts im Fokus.

Das erste Regionale Pflegekompetenzzentrum, kurz ReKo, wurde im Oktober 2019 im Beisein von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eröffnet. Dieser Termin markierte den Übergang des Projekts in die Phase der praktischen Arbeit: Jetzt kümmern sich planmäßig 15 Case Managerinnen und Case Manager um die Pflegebedürftigen und ihre Familien in der Region rund um Nordhorn in Niedersachsen. Sie bilden damit das Herzstück des Projekts.

Die Idee des bundesweit bislang einmaligen Projekts ist es, alle an der Pflege beteiligten Akteure zentral zu koordinieren. Dazu gehören Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, kommunale Pflegestützpunkte sowie Catering- und andere professionelle Dienste. Gleichzeitig stehen auch die Angehörigen, die oft einen großen Anteil an der Pflege haben, im Mittelpunkt. Ziel ist, Pflegebedürftige optimal und auf ihre individuelle Situation zugeschnitten zu versorgen. Die Wahl für das erste regionale Pflegekompetenzzentrum fiel auf Nordhorn, weil dort die Voraussetzungen ideal und bereits ausgeprägte, gut funktionierende Pflegestrukturen vorhanden sind. Gleichzeitig ist die Gegend als ländliche Region geeignet,

um die Vorteile der Vernetzung im ReKo erproben zu können. Die in der Modellregion Landkreis Graftschaft Bentheim/Landkreis Emsland ansässige Gesundheitsregion EUREGIO ist der ideale regionale Partner für die DAK-Gesundheit und die Universität Osnabrück.

Dreh- und Angelpunkt des Projekts sind die Case Managerinnen und Case Manager. Sie arbeiten dezentral bei den beteiligten Kooperationspartnern und sorgen für eine professionelle Organisation von Pflegeleistungen, Terminen und Schnittstellen, etwa zwischen Krankenhäusern und Pflegediensten. So können beispielsweise Drehtüreffekte vermieden werden, was zu einer Steigerung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen führt. Auch die Angehörigen werden vom Case Management eingebunden und begleitet.

Das Case Management geht auch unter den Bedingungen der Corona-Pandemie weiter. Zu Beginn führten die Kontaktbeschränkungen dazu, dass die Pflegebedürftigen und ihre Familien zurückhaltend waren und es weniger Einschreibungen in das Projekt gab. Mittlerweile ist das Interesse wieder deutlich gestiegen, sodass derzeit knapp 300 Personen teilnehmen, die pflegebedürftig sind, in Zukunft auf Pflege angewiesen sein werden oder Angehörige pflegebedürftiger Menschen sind. Die Case Managerinnen und Case Manager lassen sich regelmäßig auf das Corona-Virus testen, sodass sie wie gewohnt ihrer Arbeit nachgehen und auch zu den Menschen nach Hause kommen können. Ein Grund für das gestiegene Interesse ist wohl auch, dass ehrenamtliche Angebote für pflegende Angehörige oder die Möglichkeit zum Austausch untereinander derzeit nur eingeschränkt möglich sind. Das Case Management des regionalen Pflegekompetenzzentrums ist daher für viele ein willkommener Ausgleich.

Die angestrebte Teilnehmerzahl für die derzeitige Projektphase konnte so bereits erreicht werden. Ziel ist, die Zahl der Teilnehmenden bis Anfang 2023 auf 1.200 zu erhöhen. Zusätzlich zur bereits angelaufenen praktischen Arbeit

wird das ReKo auch wissenschaftlich evaluiert. Alle Teilnehmenden werden daher gebeten, einen Evaluationsbogen auszufüllen. Parallel dazu läuft eine Befragung zu Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege in einer Kontrollregion.

Die Grundlage der vernetzten Arbeit ist eine neue, sektorübergreifende IT-Plattform, auf der alle für die Pflege einer Person relevanten Informationen zusammenlaufen. Hier können sich alle Akteure vernetzen und zum Beispiel wichtige Unterlagen wie Entlassdokumente oder Ernährungspläne austauschen. Auch pflegende Angehörige haben Zugriff auf die Plattform und finden dort umfangreiche regionale Informationen zur Pflege an einer Stelle. Als weitere Unterstützung wurden Pflegebedürftige und Angehörige bei Bedarf mit Tablets ausgestattet.

Das Regionale Pflegekompetenzzentrum wird mit zehn Millionen Euro vom Innovationsfonds der Bundesregierung unterstützt. Mit diesem Fonds fördert die Bundesregierung neue Versorgungsformen und Forschungsprojekte. Darüber

hinaus besteht bei den Projektpartnern der Wunsch, das Konzept ReKo auch in anderen Teilen Deutschlands zu etablieren. Erste Gespräche mit interessierten Regionen haben bereits stattgefunden.

Interessenkonflikt

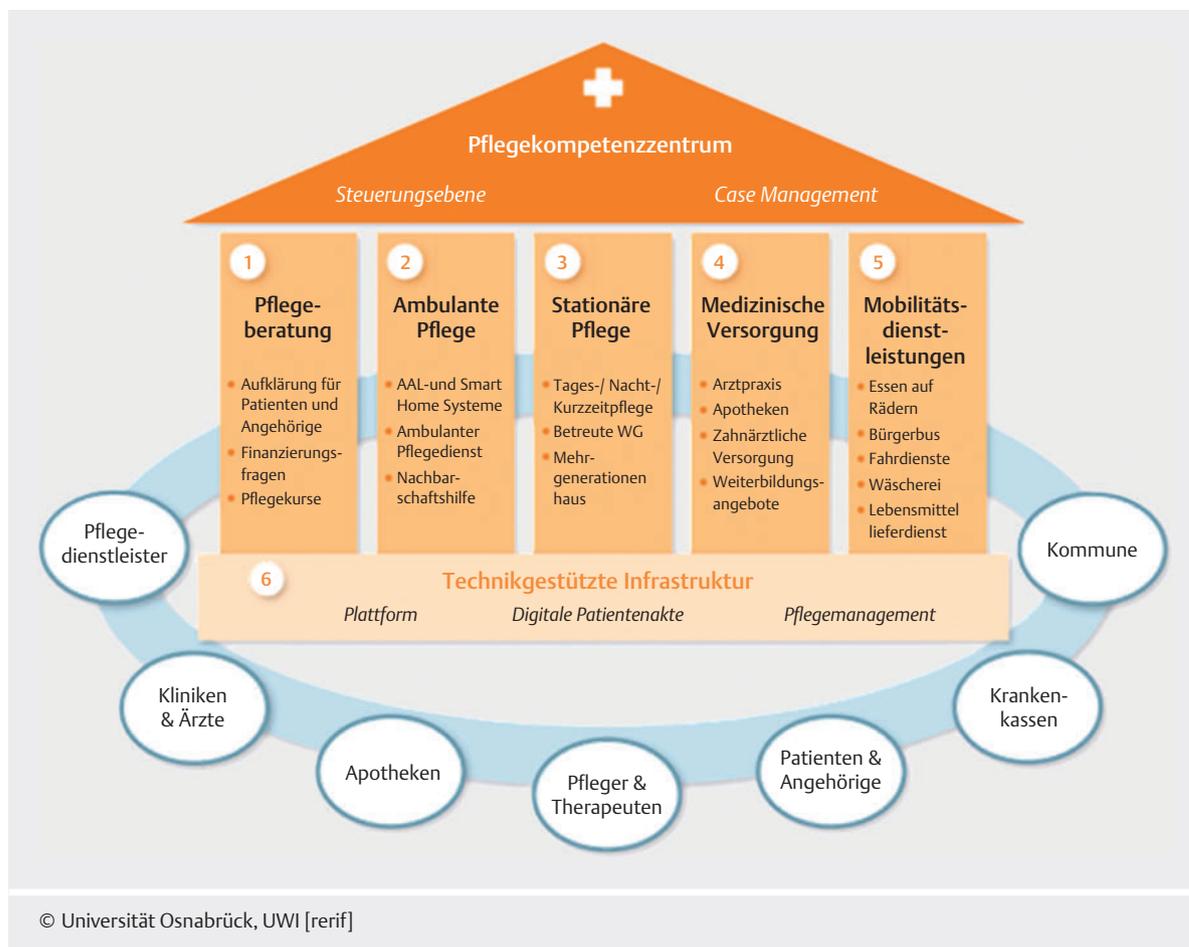
Der Autor ist Mitarbeiter der DAK-Gesundheit.

Korrespondenzadresse



Milorad Pajovic

DAK-Gesundheit
Versorgungsforschung und Innovation
Head of Care Research
Nagelsweg 27–31
20097 Hamburg
Deutschland
milorad.pajovic@dak.de



ARBEITSUNFÄHIGKEITSANALYSE VON BESCHÄFTIGTEN IN DER ALTENPFLEGE

POLKA FACTSHEET

Insgesamt 54.223 Beschäftigte mit einem Beruf in der Altenpflege waren im Laufe des Jahres 2020 bei der DAK-Gesundheit versichert und konnten in die vorliegenden Auswertungen einbezogen werden. Wenn im Folgenden von den „Beschäftigten in der Altenpflege“ die Rede ist, dann sind nur die Versicherten der DAK-Gesundheit gemeint. Die Ergebnisse dieser Berufsgruppe werden denen aller krankengeldberechtigten Mitglieder der DAK-Gesundheit gegenübergestellt.

DATENLAGE

- DAK-versicherte Beschäftigte mit Berufen in der Altenpflege zeigen in 2020 einen Altersdurchschnitt von 42,5 Jahren.
- Sie sind damit etwas jünger als der Durchschnitt der DAK-Versicherten insgesamt (43,2 Jahre).
- Der Frauenanteil bei den Beschäftigten in der Altenpflege liegt bei rund 80 %.
- Damit ist er deutlich höher als bei der Gesamtgruppe der DAK-Gesundheit (54 %).

Die alters- und geschlechtsstandardisierten Werte liegen mit 5,0 % zwar unter den direkt beobachteten Zahlen, aber immer noch deutlich über den Vergleichswerten für die DAK-Gesundheit insgesamt (4,2 %).

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Krankenstand für die Berufsgruppe zwar auch deshalb höher ausfällt, weil hier der Frauenanteil besonders hoch ist. Gleichzeitig haben aber auch Frauen in dieser Berufsgruppe einen besonders hohen Krankenstand. Der Krankenstand der Männer ist ebenfalls deutlich erhöht. Im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen ist der Krankenstand der Frauen in der Altenpflege um 23 % höher, der der Männer um 15 %.

Krankenstandsgeschehen nach Alter und Geschlecht

In der Altenpflege lag der Krankenstand 2020 bei 5,7 %. Obwohl er im Vergleich zu den beiden Vorjahren leicht gesunken ist (2019 5,8 %, 2018 5,9 %), liegt er weit über dem Vergleichswert für die Mitglieder der DAK-Gesundheit insgesamt.

Allerdings kann die Alters- oder auch die Geschlechtsverteilung bei einer untersuchten Gruppe erheblich auf die Arbeitsunfähigkeiten einwirken: Deshalb werden die beobachteten Werte rechnerisch in Form einer Standardisierung an die durchschnittliche Verteilung beider Merkmale in der bundesweiten Bevölkerung angeglichen.

KRANKENSTAND IN DER ALTENPFLEGE

- DAK-Gesundheit-Krankenstand 2020 insgesamt bei 4,2 %
- Altenpflege-Krankenstand 2020 insgesamt bei 5,0 %
- Altenpflege-Krankenstand der Frauen im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen um 23 % erhöht
- Altenpflege-Krankenstand der Männer im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen um 15 % erhöht



PFLEGEINRICHTUNGEN ALS KOMPETENZZENTREN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG DURCH MULTIPLIKATION KÖRPERLICHER AKTIVITÄT

Fallhäufigkeit und -dauer im Coronajahr

Die Auswertung der Daten für 2020 zeigt, dass Beschäftigte der Altenpflege im Schnitt deutlich öfter krankgeschrieben waren als andere Berufsgruppen, und eine einzelne Krankschreibung dauerte hier im Durchschnitt auch etwas länger als bei anderen Beschäftigten (Abb. 1).

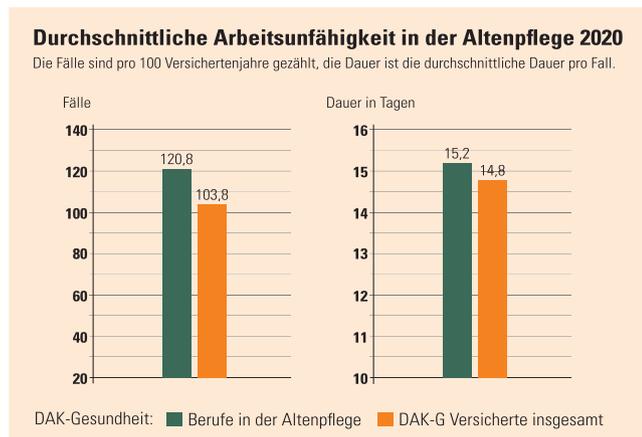


Abbildung 1

Im Coronajahr 2020 zeigt sich für die Beschäftigten in der Altenpflege ein ähnliches Bild wie für alle Berufsgruppen: Der Krankenstand ist insgesamt leicht gesunken, verursacht durch deutlich weniger Krankschreibungsfälle, die im Gegenzug länger gedauert haben als in den Vorjahren. Zwar lassen sich keine direkten Kausalzusammenhänge aus den Daten ableiten, aber eine These könnte sein, dass viele Beschäftigte angesichts der Notlage so lange wie möglich ihrer Arbeit nachgegangen sind.

Erkrankungsursachen

Die meisten Fehltage für die Berufsgruppe Altenpflege werden verursacht durch Muskel-Skelett-Erkrankungen, gefolgt von psychischen Erkrankungen. Für diese beiden Erkrankungsgruppen liegen die Zahl der Fehltage und die Zahl der Krankschreibungen 2020 deutlich über dem Wert für alle Berufsgruppen. Im Gegensatz zu

anderen Berufsgruppen, in denen entweder die eine Erkrankungsgruppe oder die andere hinsichtlich der Fehltage deutlicher im Vordergrund steht, liegen sie bei den Berufen der Altenpflege dichter beieinander.

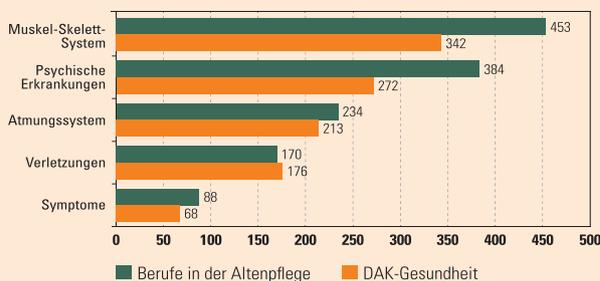
Insbesondere Fehlzeiten durch Muskel-Skelett-Erkrankungen nehmen mit dem Alter drastisch zu. Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen stehen in den Altersgruppen bis 39 Jahre gegenüber allen anderen Erkrankungsarten zunächst im Vordergrund, sie nehmen dann ebenfalls weiter zu – aber nicht so stark wie die Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Diese Befunde deuten auf eine sowohl hohe körperliche wie auch psychisch herausfordernde Arbeitssituation in den Berufen der Altenpflege hin, die mit zunehmendem Alter schlechter bewältigt wird.

Es bleibt also insgesamt festzuhalten, dass die Belastungen in der Altenpflege im Vergleich mit anderen Berufsgruppen allgemein sehr hoch sind, besonders aber die Muskel-Skelett-Erkrankungen und die psychischen Leiden als Folge dieser Belastungen hervortreten. Der Präventionsbedarf ist damit deutlich gerade im Hinblick darauf, dass hier der Altersdurchschnitt sogar leicht unter dem Vergleichswert liegt: Sollte sich der Altersdurchschnitt in den Berufen der Altenpflege im Zuge des demografischen Wandels noch erhöhen, werden andernfalls auch die Erkrankungen noch zunehmen.

AU-Tage pro 100 Versichertenjahre in den Berufen der Altenpflege nach Erkrankungsgruppen im Vergleich zur DAK-Gesundheit

Standardisierte Werte



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020; standardisierte Werte

Abbildung 2



Susanne Hildebrandt
IGES Institut GmbH
Bereichsleiterin Reporting und Analysen
Friedrichstr. 180
10117 Berlin



Sandra Schmidt
DAK-Gesundheit, Zentrale Hamburg
Betriebliches Gesundheitsmanagement
Strategien & Konzepte
Nagelsweg 27–31
20097 Hamburg

Modellvorhaben POLKA 2.0

Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation körperlicher Aktivität

Model project POLKA 2.0

Nursing Facilities as Centres of Excellence in Health Care by Multiplication of Physical Activity

Autorenteam POLKA¹

Institut

- 1 Das Autorenteam ist zusammengesetzt durch Mitarbeiter*innen des internen Steuerungsgremiums des Modellvorhabens POLKA. Es sind folgende Personen und Institutionen vertreten:
- Angelika Baldus, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen
 - Uwe Dresel, DAK-Gesundheit Hamburg
 - Prof. Dr. Gerhard Huber, ISSW der Universität Heidelberg
 - Jennifer Kasper, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck
 - Maximilian Köppel, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen
 - Hanna-Kathrin Kraaibeek, Kraaibeek GmbH Pinneberg
 - Dr. Sonja Krupp, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck
 - Dr. Stefan Peters, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen
 - Christiane Ritter, DAK-Gesundheit Hamburg
 - Sandra Schmidt, DAK-Gesundheit Hamburg
 - Dr. René Streber, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen
 - Dr. Klaus Weiß, Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH
 - Dr. Martin Willkomm, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck

ZUSAMMENFASSUNG

Dieser Beitrag knüpft an die Darstellung „POLKA – ein Modellvorhaben zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ [1] an. Der folgende Beitrag erläutert die Entwicklung aus dem Zeitraum Juli 2019 bis März 2021. Das Modellvorhaben POLKA wurde in dieser Laufzeit durch weitere Maßnahmen ergänzt. Ergänzt wurden Module zur Digitalisierung, Module zur Erlangung einer ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz sowie die inhaltlichen Module „Osteoporose/ Sturzprävention“ und „bewegungsbezogene Achtsamkeit“.

Stichworte

Prävention, stationäre Pflege, Pflegenden, Pflegebedürftige, körperliche Aktivität, Bewegung, Digitalisierung, Gesundheitskompetenz

SUMMARY

This article follows on from the publication; “POLKA – a model project for prevention in inpatient care facilities” [1]. The article explains the development from July 2019 to March 2021. The POLKA pilot project has been ramified into further measures during this period. Modules on digitization, modules for nutrition-related health literacy as well as “osteoporosis/ fall prevention” and “movement-related mindfulness” were added.

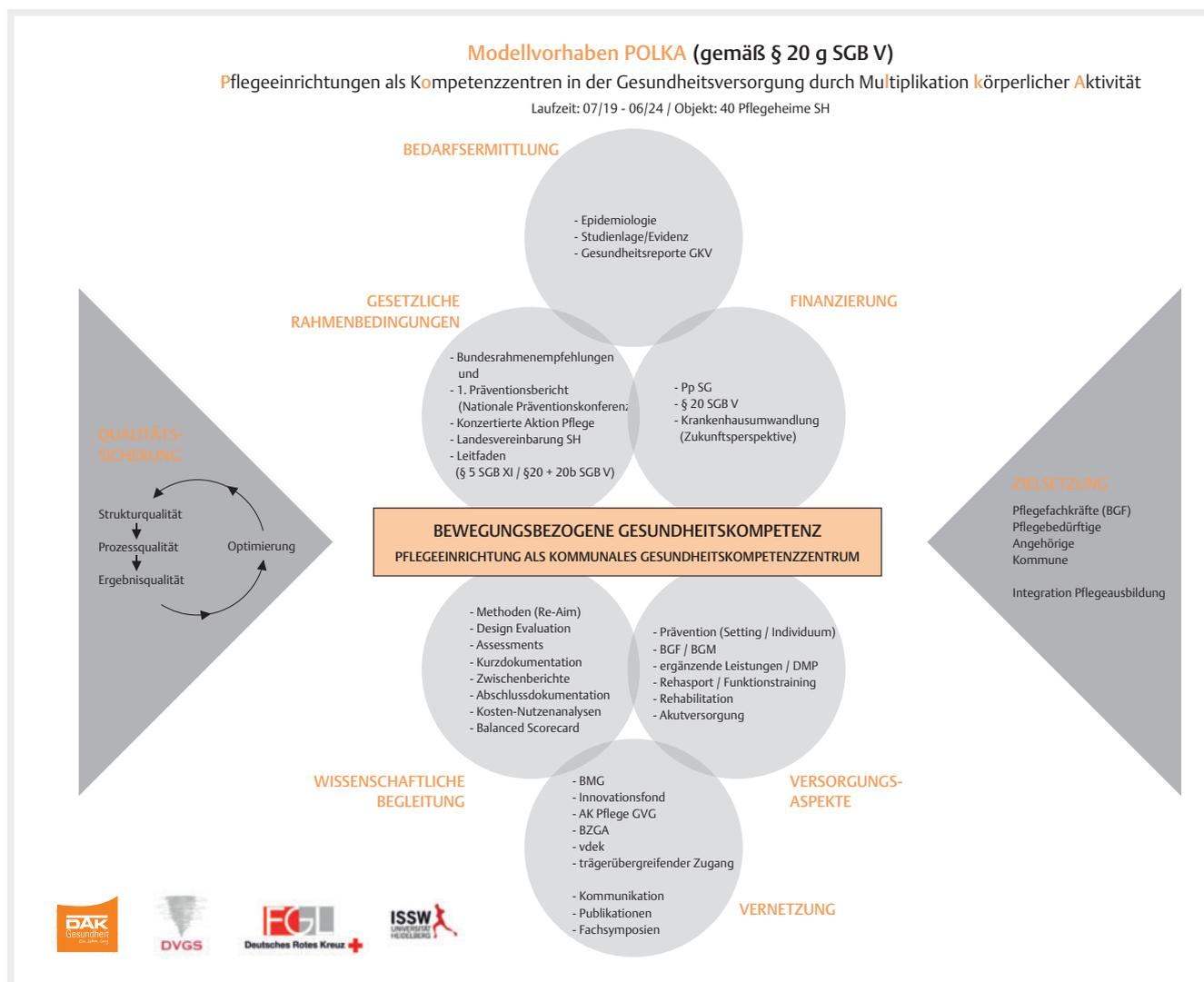
Key words

Prevention, inpatient care, care-givers, patients, physical activity, exercise, digitalization, health literacy

Hintergrund

Das Modellvorhaben POLKA gemäß § 20 g SGB V umfasst die Entwicklung voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen zu Gesundheitskompetenz-Zentren. Zielsetzung gemäß § 5 SGB XI ist die Erhöhung der Anzahl sowie Qualität

von Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Stärkung der körperlichen Aktivität der Pflegenden, Pflegebedürftigen wie auch Angehörigen (in Anlehnung an die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung [2]) nachhaltig in deren Qualitätsmanagement-



► **Abb. 1** 2019 konzeptioniertes Modellvorhaben POLKA. Quelle: DVGS [rerif].

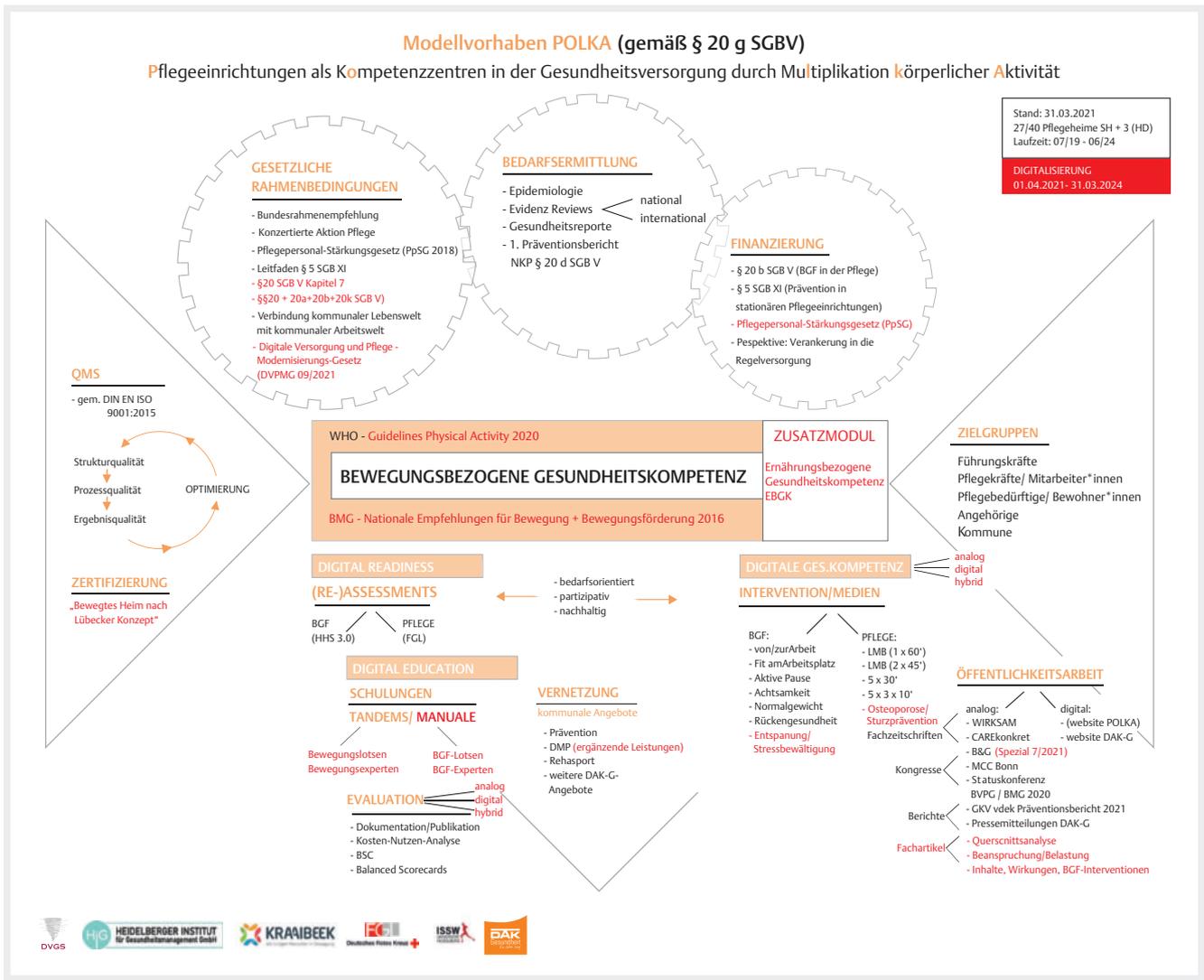
system zu integrieren. Dabei sollen Pflegeheime Assessments zur Erhebung der vorliegenden körperlichen Aktivität ihrer Pflegenden und Pflegebedürftigen durchführen. Der so analysierte Bedarf an Bewegungsinterventionen führt zu einer partizipativ getroffenen Auswahl an analogen, digitalen und hybriden Bewegungsmaßnahmen im biopsychosozialen Kontext. Die bedarfsangepassten Bewegungsmaßnahmen zur Vermittlung einer bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz werden durch geschulte Lotsen und Experten sowohl für die Bewegung an Pflegebedürftigen (Bewegungs-Expert*innen/Bewegungslots*innen) wie auch an Pflegenden (BGF-Expert*innen, BGF-Lots*innen) durchgeführt. Die Evaluationsergebnisse dienen der Optimierung der bewegungsbezogenen Versorgung für eine nachhaltige Regelversorgung. Das Modellvorhaben POLKA hat die Gesamt-Laufzeit Juli 2019 bis Juni 2024 und wird verantwortet durch den Projektträger DAK-Gesundheit Hamburg, den Projektleiter Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. Den Versorgungspfad für Pflegebedürftige verantwortet die Forschungsgruppe Geriatrie

Lübeck. Den Versorgungspfad für Pflegenden verantwortet das Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH. Zum Thema Ernährung wurde neu die Firma Kraai-beek GmbH Pinneberg verpflichtet.

Die in diesem Beitrag dargelegte Entwicklung des 2019 konzeptionierten Modellvorhabens POLKA (► **Abb. 1**) kann in ► **Abb. 2** nachverfolgt werden.

Entwicklung der kooperierenden stationären Pflegeeinrichtungen

Das Modellvorhaben POLKA war 2020/2021 durch die Pandemie betroffen. So waren sowohl die Akquise stationärer Pflegeeinrichtungen als auch die Durchführung bedarfserhebender Assessments erschwert, konnten aber durch eine angemessene Logistik und durch entsprechende Hygienemaßnahmen fast gemäß den Vorgaben des Zeitplans 2019 durchgeführt werden.



► **Abb. 2** Modellvorhaben POLKA, Stand April 2021. Quelle: DVGS [ref].

COVID-19 rückte zusätzlich die Bedarfe von Pflegenden und Pflegebedürftigen in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses. In den stationären Pflegeeinrichtungen, die das Modellvorhaben POLKA unterstützen, entstand 2020 ein erhöhter Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Pflegenden und Pflegebedürftige. Dieser Umstand hat die Rekrutierung von Pflegeeinrichtungen im Modellvorhaben gefördert. Für das Projekt vorgesehen waren ursprünglich 40 Heime in Lübeck und Schleswig-Holstein. Nach einer Laufzeit von 1,5 Jahren sind schließlich 30 Einrichtungen feste Kooperationspartner geworden – auch aus Baden-Württemberg (Heidelberg), Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen (► **Tab. 1** sowie ► **Abb. 3–5**).

Digitalisierung

Corona wirkte allerdings auch als Katalysator für Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen – so auch für digitale und hybride Konzepte und Bewegungsinterventio-

nen in der Pflege. Das „Gemeinsame Positionspapier des Ausschusses Digitalisierung in der Pflege“ vom 04.08.2020 weist auf die Notwendigkeit zur digitalen Vernetzung in der Pflege hin – zur Verbesserung der Zusammenarbeit aller Akteur*innen in der Pflege sowie zur verbesserten Kommunikation und Versorgung im Rahmen vernetzter und interdisziplinärer Versorgungsstrukturen.

Zwei neue gesetzliche Rahmenvorgaben zur Digitalisierung wurden im Modellvorhaben POLKA integriert: die Aktualisierung des Leitfadens Prävention zum § 20 SGB V [3] bzw. § 5 SGB XI vom 14.12.2020 [3].

- Die Aktualisierung erweitert Regelungen nach § 20 Absatz 4 SGB V (in Abgrenzung zu § 33 a SGB V) zu/r
1. verhaltensbezogenen Prävention in Lebenswelten gem. § 20a SGB V (hier: § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V)
 2. Gesundheitsförderung in Lebenswelten gem. § 20a SGB V (hier: § 20 Absatz 4 Nr. 2 SGB V)

Korrektorexemplar: Veröffentlichung (auch online), Vervielfältigung oder Weitergabe nicht erlaubt. --- Proof copy: publication (also online), reproduction and further transmission is not allowed. --- Korrektorexemplar: Veröffentlichung

► **Tab. 1** Einrichtungen im Projekt POLKA (Stand 25.03.2021).

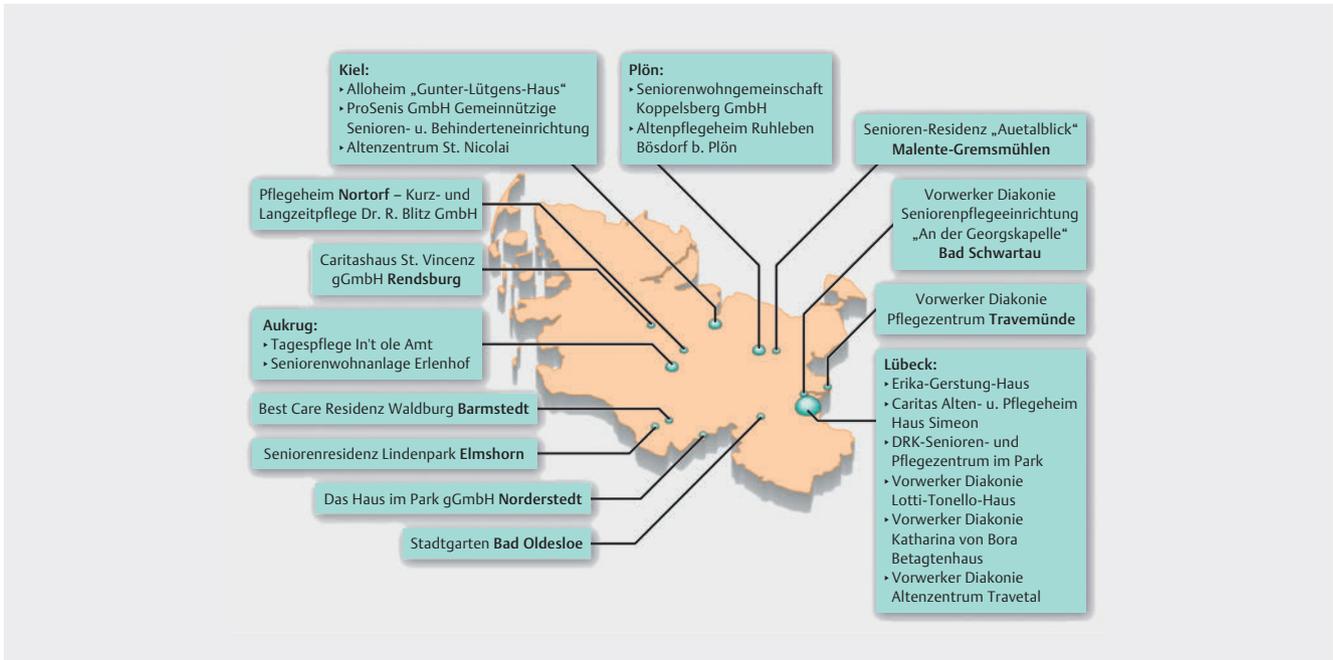
Schleswig-Holstein	Ort	Bettenzahl
Seniorenwohngemeinschaft Koppelsberg GmbH	Plön	23
Altenpflegeheim Ruheleben	Börsdorf b. Plön	65
Caritas Alten- und Pflegeheim Haus Simeon	Lübeck	105
Vorwerker Diakonie Lotti-Tonello-Haus	Lübeck	109
Erika-Gerstung-Haus	Lübeck	42
Seniorenwohnanlage Erlenhof	Aukrug	40
Alloheim „Gunter-Lütgens-Haus“	Kiel	75
ProSenis GmbH Altstadtresidenz	Kiel	90
Altenzentrum St.Nicolai	Kiel	134
Pflegeheim Nortorf – Kurz- und Langzeitpflege Dr. R. Blitz Gmb	Nortorf	41
Tagespflege In't ole Amt	Aukrug	55
Stadtgarten	Bad Oldesloe	118
Vorwerker Diakonie Seniorenpflegeeinrichtung „An der Georgskapelle“	Bad Schwartau	68
Das Haus im Park gGmbH Seniorenheim der Stadt Norderstedt	Norderstedt	79
Vorwerker Diakonie Pflegezentrum Travemünde	Travemünde	100
Vorwerker Diakonie Katharina-von-Bora-Betagtenhaus	Lübeck	60
Pflegezentrum Travetal	Lübeck	178
Caritashaus St. Vincenz gGmbH	Rendsburg	115
Alloheim Senioren-Residenzen Neunte SE & Co. KG Senioren-Residenz Auetalblick	Bad Malente	69
Seniorenresidenz Best-Care Haus Waldburg	Barmstedt	110
ND – Norddeutsche Seniorendienste gemeinnützige GmbH, Seniorenresidenz Lindenpark	Elmshorn	160
Mecklenburg-Vorpommern		
Seniorenpflegeeinrichtung St. Martin	Wismar	49
Im Wohnhof „Schwarzes Kloster“	Wismar	39
Amalie Sieveking	Kühlungsborn	52
Heidelberg, BW		
Mathilde Vogt Haus	Heidelberg	100 Pflegeplätze und 127 Wohnungen betreutes Wohnen
Anna Scherer Haus	Bammental	100
Stadtresidenz	Heidelberg	24 Pflegeplätze und 70 Wohnungen betreutes Wohnen

3. betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V (hier: § 20 Absatz 4 Nr. 3 SGB V)

Bei derzeitigen Vorhaben zur digitalen Prävention zu berücksichtigen sind die Kriterien zur Zertifizierung von Kursangeboten nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V mit Stand 23.11.2020 unter Nennung von Kriterien für den Einbezug von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) und IKT-basierte Selbstlernprogramme.

Die im Kapitel 7 des aktuellen Prävention-Leitfadens aufgeführten Kriterien zur digitalen Prävention/Gesundheitsförderung werden im Modellvorhaben POLKA bei Erstellung der bewegungsbezogenen Maßnahmen für Pflegen-

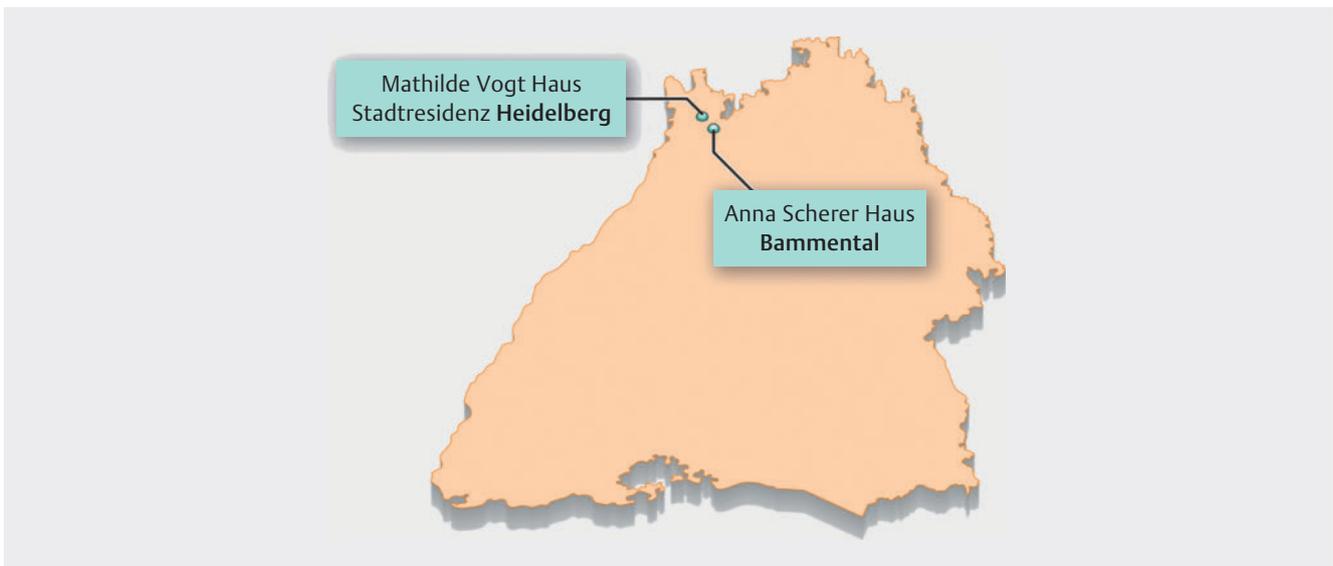
de und Pflegebedürftige bereits berücksichtigt. So sollen mit Stichtag 01.07.2021 digitale und hybride präventive Maßnahmen ermittelt, erstellt, angewendet, erprobt und für eine Regelversorgung evaluiert werden. Zur Anwendung im Modellvorhaben kommen (außerhalb der Berücksichtigung der Vorgaben zur Digitalisierung und zum Datenschutz) neue digitale Formate und Plattformen sowie Medien hinzu. Dem Thema Gamification/Serious Games widmet POLKA besondere Bedeutung bei Maßnahmen für Pflegenden und Pflegebedürftige. Im Zusammenhang der Zielsetzung zur bewegungs- und ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz werden Behaviour Change Techniques (BCTs) bevorzugt Anwendung finden.



► **Abb. 3** Einrichtungen Schleswig-Holstein, Stand 25.03.2021.



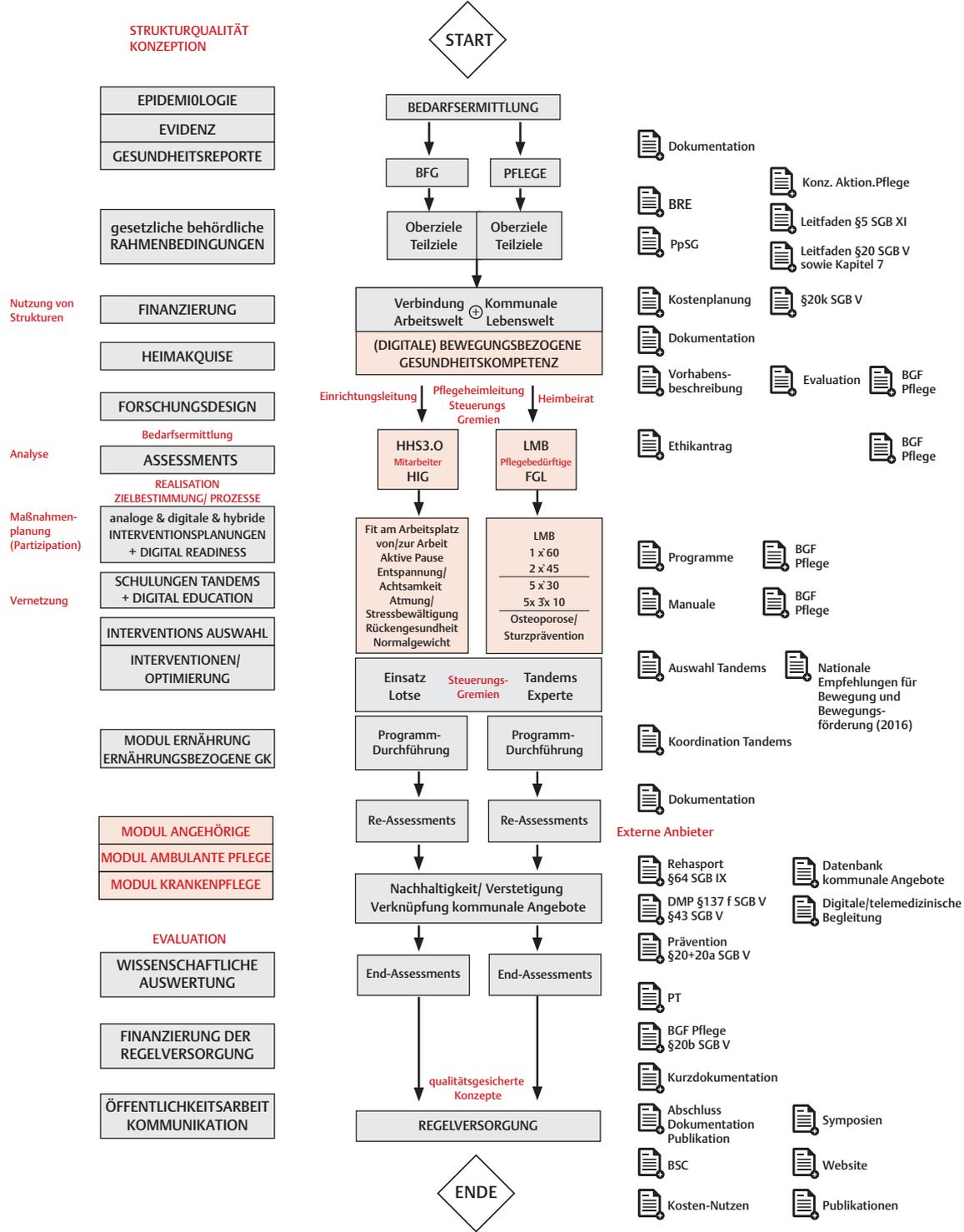
► **Abb. 4** Einrichtungen Mecklenburg-Vorpommern, Stand 25.03.2021.



► **Abb. 5** Einrichtungen Baden-Württemberg, Stand 25.03.2021.



QMS ALGORITHMUS MODELLVORHABEN POLKA



© DAK-G POLKA / 31.03.2021

► Abb. 6 QMS Algorithmus POLKA. Quelle: DAK-G [rerif].

Zudem wurden Kriterien des neuen § 20 k SGB V zur Förderung einer digitalen Gesundheitskompetenz einbezogen. § 20 k SGB V umfasst Regelungen des GKV SV zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie Inhalte, Methodik und Qualität der digitalen Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz. Dabei finden digital nicht affine wie auch vulnerable Zielgruppen (etwa chronisch erkrankte Heimbewohner und deren Angehörige) besondere Beachtung.

Für den Herbst 2021 wird das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz-DVPMG) erwartet.

Bewegungs- und ernährungsbezogene Gesundheitskompetenz

Die Auswertungsergebnisse der ersten Assessments führten zu weiteren Bedarfen für die bewegungsbezogene Versorgung der Pflegenden und Pflegebedürftigen. Auswertungen zu Mitarbeiter*innen in der Pflege führten u. a. zur Thematik „Normalgewicht/Übergewicht vermeiden“. Eine Hauptproblematik bei Pflegebedürftigen liegt im Verlust der Knochen- und Muskelmasse. Beide Aspekte führten zum Einbezug des Handlungsfeldes „Ernährung“ bzw. Zielsetzung zur Erlangung einer ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz“ in stationären Pflegeeinrichtungen.

Das gemäß § 5 SGB V verankerte leitfadengemäße Teilziel 2.2 „körperliche Aktivität“ (Steigerung der Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen mit Verbesserung der körperlichen Aktivität des Pflegepersonals sowie der Pflegebedürftigen) wurde 2020 erweitert um das Teilziel 2.1 Steigerung der Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen mit Verbesserung der Ernährung des Pflegepersonals sowie der Pflegebedürftigen.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung führten diese Überlegungen zur Konzeption eines Interventionsmoduls „Normalgewicht“; in der Pflege wurde das Modul „Osteoporose/Sturzprävention“ aufgenommen.

Bewegungsbezogene Achtsamkeit

Auswertungen der Assessments bei rund 600 Mitarbeiter*innen im Modellvorhaben POLKA zeigten einen besonderen Bedarf zum Thema „Achtsamkeit“. Im Modellvorhaben wird das Thema Achtsamkeit/Entspannung evidenzbasiert neu aufbereitet sowohl für die Zielgruppe Pflegenden (BGF) wie auch für die Pflegebedürftigen (Pflege). Die wissenschaftliche Studienlage belegt die Wechselwirkung von körperlicher Aktivität und Bewegung zur Achtsamkeit. Für das Modellvorhaben wird daher das Thema „bewegungsbezogene Achtsamkeit“ für die Erstellung von analogen, digitalen und hybriden Maßnahmen neu aufbereitet.

Qualitätsmanagement-System und Regelversorgung

Im Modellvorhaben POLKA 2.0 wird ein Qualitätsmanagement-Pfad gemäß DIN EN ISO 9001:2015 entwickelt, um bei der nachhaltigen Implementierung für die Regelversorgung die Aufnahme in bestehende Qualitätsmanagement-Systeme interessierter Pflegeeinrichtungen zu erleichtern.

Eine Eintragung einer Gewährleistungsmarke ist erfolgt. Die in ► **Abb. 6** dargestellten Qualitätskriterien werden dabei für die Zertifizierungskriterien herangezogen werden. Parallel werden bei der Evaluation des Modellvorhabens POLKA Kennzahlen eruiert (z. B. Anzahl Pflegenden und Pflegebedürftiger, Anzahl Bewegungs-/BGF-Expert*innen/Lots*innen, Anzahl der Maßnahmen, Kennzahlen der Assessment-Ergebnisse).

WEBSEITE

www.POLKA-GesundePflegeBewegt.de

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Angelika Baldus

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V.
Hauptamtlicher Vorstand
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth-Efferen
Deutschland
angelika.baldus@dvgs.de

Literatur

- [1] Baldus A et.al. POLKA – ein Modellvorhaben zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 36: 27–35
- [2] Rütten A, Pfeifer K., Hrsg. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU; 2016
- [3] GKV-Spitzenverband, Hrsg. Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V sowie Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Stand 14.12.2020 Berlin

Modellvorhaben POLKA: Bewegungsempfehlungen für Pflegende und Pflegebedürftige

Model Project POLKA: Physical Activity Recommendations for Nurses and Care Recipients

Angelika Baldus, Stefan Peters

Institut

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V., Hürth-Effern

Die Maßnahmen des Modellvorhabens POLKA (Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation körperlicher Aktivität, siehe auch Beitrag „Modellvorhaben POLKA 2.0“ in diesem Heft) zielen auf die Verhaltens- wie auch Verhältnisprävention und beziehen sowohl die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (NEBB) [1] als auch die aktuellen Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO [2] mit ein.

Aktuelle Bewegungsempfehlungen der WHO für Erwachsene (ohne die Empfehlungen für Schwangerschaft und postpartale Phase)

Ende 2020 sind aktualisierte Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO erschienen [2]. ► **Tab. 1** gibt einen Überblick, welche Empfehlungen konkret enthalten sind für die erwachsenen Zielgruppen.

Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung

Die NEBB [1] wurden gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Empfehlungen sind Ergebnisse einer evidenzbasierten wissenschaftlichen Arbeit zur Orientierung für die anwenderorientierte Umsetzung.

Für das Modellvorhaben POLKA bedeutet dies die Adaption

1. für die „Erwachsenen“//Pflegende in der Betrieblichen Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen (im Rahmen des Modellvorhabens POLKA)

2. für die „älteren Erwachsenen“//Pflegebedürftige in der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen (im Rahmen des Modellvorhabens POLKA)

Die Nationalen Empfehlungen für Deutschland folgen den internationalen Beispielen – etwa den Physical Activity Guidelines for Americans (2008), den WHO Global Recommendations on Physical Activity (2010) bzw. den Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (2012).

Die zielgruppenspezifischen Bewegungsempfehlungen (► **Tab. 2**) sind eine Synthese aus systematischer Aufbereitung aktueller internationaler Empfehlungen und beinhalten zielgruppenspezifische Empfehlungen zur wöchentlichen Bewegungszeit.

Zielgruppenspezifische Adaptationen im Setting „stationäre Pflegeeinrichtung“

Die beschriebenen Empfehlungen der WHO [2] für Erwachsene und ältere Erwachsene sowie die Nationalen Empfehlungen für Bewegung für Erwachsene und ältere Erwachsene [1] werden im Modellvorhaben POLKA zielgruppenspezifisch auf die Rahmenbedingungen im Setting „stationäre Pflegeeinrichtung“ adaptiert (► **Tab. 3**).

► **Tab. 1** Zielgruppenspezifische Bewegungsempfehlungen der WHO.

Zielgruppe	Empfehlungen
Erwachsene (Alter 18–64)	Alle Erwachsenen sollten regelmäßig körperlich aktiv sein
	Erwachsene sollten mindestens 150–300 Minuten moderater aerober körperlicher Aktivität (KA) nachgehen; oder mindestens 75 Min. intensiver aerober KA; oder einer äquivalenten Kombination aus beidem während einer Woche für substanziale Gesundheitsvorteile.
	Erwachsene sollten auch muskelkräftigende Aktivitäten moderater oder höherer Intensität, welche alle Hauptmuskelgruppen beinhalten, an 2 oder mehr Tagen pro Woche durchführen für zusätzliche Gesundheitsvorteile.
	Erwachsene können moderate aerobe KA über mehr als 300 Minuten pro Woche anheben; oder mehr als 150 Min. intensive aerobe KA; oder eine äquivalente Kombination aus beidem während einer Woche für zusätzliche Gesundheitsvorteile.
	Erwachsene sollten die Zeit, welche sie sedentär verbringen begrenzen. Sedentär verbrachte Zeit mit KA jeglicher (auch leichter) Intensität zu ersetzen fördert Gesundheit.
	Um den abträglichen Effekten eines hohen Ausmaßes sedentären Verhaltens bzgl. der Gesundheit zu reduzieren sollten Erwachsene darauf abzielen, mehr als die empfohlenen Mengen moderater bis intensiver KA zu erfüllen.
	Statements guter Praxis
	Etwas KA ist besser als nichts. Erfüllen Erwachsene die Empfehlungen nicht, fördert etwas KA trotzdem die Gesundheit. Erwachsene sollten starten indem sie kleinen Umfängen von KA nachgehen und graduell die Frequenz, Intensität und Dauer über die Zeit erhöhen.
Ältere Erwachsene (Alter 65 und älter)	Siehe Erwachsene und zusätzlich: Als Teil ihrer wöchentlichen KA sollten ältere Erwachsene an 3 oder mehr Tagen pro Woche variierende Multikomponenten-KA durchführen, welche funktionelles Gleichgewicht und Kräftigungstraining moderater oder höherer Intensität betonen, um die funktionelle Kapazität zu erhöhen und Stürzen vorzubeugen.
	Statements guter Praxis Wie bei Erwachsenen und zusätzlich: Ältere Erwachsene sollten so körperlich aktiv sein, wie es ihre Funktionsfähigkeit zulässt und Ihr Anstrengungslevel bei Bewegung relativ zu ihrem Fitnesslevel anpassen.
Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen.	Wie Erwachsene bzw. ältere Erwachsene und zusätzlich: Bei einer Steigerung über 300 Min. moderater aerober KA bzw. 150 Min. intensiver aerober KA wird die Beachtung von potenziellen Kontraindikationen erwähnt.
	Statements guter Praxis
	Wenn es ihnen nicht möglich ist, die genannten Empfehlungen zu erfüllen, sollten Erwachsene mit chronischen Erkrankungen darauf abzielen, Bewegung gemäß ihren Fähigkeiten/Möglichkeiten (im englischen Original: „abilities“) durchzuführen.
	Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sollten starten, indem sie kleinen Umfängen von KA nachgehen und graduell die Frequenz, Intensität und Dauer über die Zeit erhöhen.
	Erwachsene mit chronischen Erkrankungen könnten Bewegungsfachkräfte/Gesundheitsfachleute um Rat fragen bzgl. Art und Umfang der Aktivität, die angemessen ist für die individuellen Bedarfe, Fähigkeiten, funktionellen Einschränkungen/Komplikationen, die Medikation sowie den gesamten Behandlungsplan. Die medizinische Freigabe vor der Aufnahme körperlichen Trainings („Pre-exercise medical clearance“) ist im Allgemeinen unnötig für Einzelne ohne Kontraindikationen vor der Aufnahme von leichter oder moderater körperlicher Aktivität, welche nicht die Belastung von zügigem Gehen oder des täglichen Lebens übersteigt.

► **Tab. 2** Zielgruppenspezifische Bewegungsempfehlungen der NEBB.

Zielgruppe	Empfehlungen
Erwachsene	Alle Erwachsenen sollten regelmäßig körperlich aktiv sein.
	Jede zusätzliche Bewegung ist mit einem gesundheitlichen Nutzen verbunden.
	Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 Minuten/Woche aerob körperliche Aktivität mit moderater Intensität durchführen (z.B. 5 × 30 Minuten pro Woche) oder
	Mindestens 75 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit höherer Intensität durchführen oder
	Aerobe körperliche Aktivität in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen UND dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z.B. mind. 3 × 10 Minuten/Tag an 5 Tagen pro Woche).
	Sie sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivität an mindestens 2 Tagen pro Woche durchführen.
	Sie sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden.

► Tab. 2 Fortsetzung

Zielgruppe	Empfehlungen
Ältere Erwachsene	Ältere Erwachsene sollten regelmäßig körperlich aktiv sein.
	Jede zusätzliche Bewegung ist mit gesundheitlichem Nutzen verbunden.
	Jeder auch noch so kleine Schritt weg vom Bewegungsmangel ist wichtig und fördert die Gesundheit.
	Ältere Erwachsene sollten mindestens 150 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität durchführen (z.B. 5 × 30 Minuten/Woche) oder
	Mindestens 75 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit höherer Intensität durchführen oder
	Aerobe körperliche Aktivität in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen UND dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z.B. mind. 3 × 10 Minuten/Tag bzw. 5 × 30 Minuten/Woche).
	Sie sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens 2 Tagen pro Woche durchführen.
	Sie sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden.
Ältere Erwachsene mit Mobilitätseinschränkungen	Sie sollten sich so viel bewegen, wie es ihre aktuelle gesundheitliche Situation zulässt (wenn sie aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht entsprechend den Empfehlungen körperlich aktiv sein können).
	Ältere Erwachsene mit eingeschränkter Mobilität sollten an mindestens 3 Tagen pro Woche Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention durchführen.

► Tab. 3 Zielgruppenspezifische Adaptionen im Setting „stationäre Pflegeeinrichtung“.

Pflegende/BGF	Pflegebedürftige/Pflege
Für die Pflegenden/BGF gelten für die Konzeption und bedarfsangepasste Zuweisung von Interventionen folgende Empfehlungen im Modellvorhaben POLKA:	Für die Pflegebedürftigen/Pflege gelten für die Konzeption und bedarfsangepasste Zuweisung von Interventionen folgende Empfehlungen im Modellvorhaben POLKA:
Aerobe körperliche Aktivität, dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln durch <ul style="list-style-type: none"> ▪ mind. 3 × 10 Minuten/Tag an 5 Tagen pro Woche mit der Hinführung zu ▪ mind. 30 Minuten zusammenhängender Bewegung/Tag an 5 Tagen pro Woche, sowie ▪ muskelkräftigende körperliche Aktivität an mindestens 2 Tagen pro Woche durchführen. 	Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln <ul style="list-style-type: none"> ▪ mind. 3 × 10 Minuten/Tag an 5 Tagen pro Woche mit der Hinführung zu ▪ mind. 30 Minuten/Tag an 5 Tagen pro Woche möglicherweise in Kombination mit ▪ mind. 45 Minuten/Tag an 2 Tagen pro Woche muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens 2 Tagen pro Woche. ▪ Vermeidung langer und ununterbrochener Sitzphasen. ▪ An mind. 3 Tagen pro Woche Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention.
Für die Konzeption und Intervention vorgesehen sind die Programme des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktive Pause (15-Minuten) ▪ Fit am Arbeitsplatz ▪ Rückengesundheit/Sitzender Lebensstil ▪ Normalgewicht ▪ Bewegungsbezogene Achtsamkeit/Stressmanagement ▪ 10-Minuten-Workout für die Pause, den Arbeitsweg und Alltagstransfer 	Für die Konzeption und Intervention vorgesehen sind Adaptionen des Lübecker Modells Bewegungswelten (LMB) der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck an die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Angelika Baldus
DVGS e. V.
Hauptamtlicher Vorstand
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth-Efferen
angelika.baldus@dvgs.de

Literatur

- [1] Rütten A, Pfeifer K. Hrsg. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU Erlangen-Nürnberg; 2016
- [2] WHO. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020

Belastung und Beanspruchung in der stationären Altenpflege – Eine Analyse als Grundlage in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Stress and Strain in Inpatient Care for the Elderly – An Analysis as a Basis for Workplace Health Promotion

Autoren

Gerhard Huber^{1,2}, Maximilian Köppl^{2,3}, Stefan Peters²

Institute

- 1 Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg, Heidelberg
- 2 Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen
- 3 Medizinische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Heidelberg

Stichworte

Pflege, Pflegekräfte, Belastung, Beanspruchung, Betriebliche Gesundheitsförderung.

Key words

Care, nurses, stress, strain, workplace health promotion.

Bibliografie

Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2021; 37: 19–26

DOI 10.1055/a-1469-8481

ISSN 1613-0863

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

ZUSAMMENFASSUNG

Durch den demografischen Wandel und die alternde Gesellschaft stehen die bereits jetzt schon durch Fachkräftemangel gezeichneten Pflegeberufe vor einer stetig wachsenden Herausforderung. Hinzu kommt, dass Pflegekräfte im Vergleich mit den Durchschnittswerten anderer Branchen geringere Verweildauern in ihrem Beruf, überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage sowie einen um 40% höheren Krankenstand berichten. Dies sind alles Indikatoren dafür, dass Pflegekräfte einer hohen körperlichen wie psychischen Belastung ausgesetzt sind. Studiendaten bestätigen diese Schlussfolgerung, wonach Pflegekräfte mit 2,5 MET etwa den doppelten

Energieverbrauch aufweisen wie Menschen in sitzenden Berufen (1,3 MET). Auch hinsichtlich der Bewegungsqualität sind die Pflegeberufe fordernd, so gibt die Mehrheit der Pflegekräfte an, regelmäßig Lasten von mehr als 20 kg heben zu müssen und derartigen Belastungen über Jahre ausgesetzt zu sein. Damit Pflegekräfte dem begegnen können, ohne sich selbst zu überbeanspruchen, sollte ihre Resilienz durch Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gestärkt werden. Dank des Pflegepersonalstärkungsgesetzes liegt seit 2019 ein Statement seitens der Bundesregierung vor, wodurch dieser Forderung proaktiv begegnet werden kann.

ABSTRACT

Due to demographic change and an ageing society, the caregiver professions, which are already marked by a shortage of skilled workers, are facing an ever-increasing challenge. In addition, nurses report lower periods of time in their profession, i.e., an above-average number of days of incapacity for work and a 40% increase in sick leave compared to the averages of other sectors. These are all indicators that nurses are exposed to high physical and psychological stress. Study data confirm the finding that nurses with 2.5 Metabolic Equivalent (MET) have nearly twice as much energy consumption as people in sedentary occupations (1.3 MET). The nursing professions are also quite demanding with regard to the quality of movement. For example, the majority of nursing staff state that they regularly have to lift loads of more than 20 kg and that they are exposed to such loads for years. In order for the nursing staff to deal with these tasks without overstraining themselves, their resilience should be strengthened through health promotion measures at the workplace. Thanks to the Nursing Staff Strengthening Act, a statement has been issued by the Federal Government since 2019, which allows this demand to be met proactively.

Thematische Einführung

Ende 2019 waren in Deutschland 4,13 Millionen Menschen pflegebedürftig. Davon lebten rund 820 000 Menschen in Pflegeheimen

[1]. Im Zuge des demografischen Wandels sind diese Zahlen im Begriff, sich noch deutlich zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich ein zunehmender Bedarf an qualifizierten Pflegekräften. So

belegen auch die Daten der Bundesagentur für Arbeit einen bundesweiten Fachkräftemangel in der Altenpflege [2]. Das Berufsbild ist durch eine anspruchsvolle, psychisch und physisch belastende Tätigkeit in Verbindung mit einer geringen finanziellen Gratifikation gekennzeichnet. Diese Konstellation belastet nicht nur den Berufsalltag der Pflegekräfte, sondern erschwert auch die Gewinnung von neuen Mitarbeitern.

So ist es nur konsequent, dass mit dem seit 2019 geltenden „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“ von politischer Seite dieses Problem adressiert wird. Mit einem Budget von insgesamt 5 Milliarden Euro sollen „(...) spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Das Gesetz ist ein wichtiger Schritt, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.“ [3]

Ein wichtiges Element zur Schaffung dieser besseren Arbeitsbedingungen ist die konsequentere Nutzung der Potenziale betrieblicher Gesundheitsförderung. Auch dafür finden sich im System der Gesundheitsversorgung aktuell günstige Rahmenbedingungen. Diese sind u. a.:

- die Bundesrahmenempfehlung Prävention nach § 20d Abs. 3 SGB V (https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/1_bundesrahmenempfehlung/bundesrahmenempfehlung_BRE_praevention_barrierefrei.pdf [4]) sowie die dazu formulierten Landesrahmenvereinbarungen,
- der Leitfaden Prävention (§§ 20, 20b SGB V, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp [5]),
- der Nationale Aktionsplan Pflege (https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-005-Positionspapier-IV_Download.pdf?__blob=publicationFile [6]).

Eine zentrale Voraussetzung für die Konzipierung und die Implementation von wirksamen und effektiven Programmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Erfassung der spezifischen Belastungen und Beanspruchungen in der stationären Pflege und deren Auswirkungen auf den konkreten Arbeitsalltag.

Wir wollen deshalb die verfügbaren nationalen und internationalen Daten zusammenfassen, um eine valide und belastbare Basis für die Konzeption einer spezifischen Gesundheitsförderung für die Pflegekräfte in der stationären Altenpflege zu schaffen.

Begründeter Bedarf an Gesundheitsförderung

In den etwa 13 600 stationären Pflegeeinrichtungen und etwa der gleichen Anzahl an ambulanten Pflegediensten sind in Deutschland insgesamt 1,1 Millionen Menschen beschäftigt. Bis zum Jahr 2034 werden etwa 40 % aller derzeitigen Pflegekräfte altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden. Für jedes Bundesland besteht eine genaue Vorgabe in Form des Pflegeschlüssels, welcher genaue Vorgaben in Abhängigkeit von den Pflegegraden der zu betreuenden Personen macht (siehe: Webseiten der verschiedenen Krankenkassen). Die besonderen Bedingungen der Coronapandemie haben

die ohnehin schon hohe Belastung dieser Tätigkeit weiter erhöht. Im Gegensatz zu der Pflege in den Krankenhäusern liegt hier der Schwerpunkt weniger auf dem Aspekt der Heilung (CURE) als auf der pflegenden Betreuung (CARE). In diesen Heimen werden in Deutschland rund 820 000 pflegebedürftige Menschen versorgt. Insgesamt haben rund 4,13 Millionen Menschen Pflegebedarf [1]. Diese schon jetzt sehr hohe Pflegeprävalenz steigert sich voraussichtlich jährlich um durchschnittlich 1,7 % bis 2050. Ein Großteil dieser Pflegeleistungen wird bis jetzt durch das private Umfeld erbracht. Auch dies wird sich durch den demografischen Wandel verändern und den Bedarf nach einer institutionalisierten Versorgung erhöhen. Der Fokus der Problemlösung liegt momentan noch stark auf der Neugewinnung von Pflegekräften. Allerdings zeigen Analysen [7], dass das zentrale Problem aktuell viel eher darin liegt, dass Pflegekräfte mit überdurchschnittlicher Häufigkeit vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden. Einer der entscheidenden Gründe für diese geringe „Retention“ liegt weniger in der Arbeitsbeanspruchung als in den geringen „Aufstiegsmöglichkeiten“, die dieser Beruf bietet.

Betrachtet man die soziodemografischen und sonstigen Merkmale des Tätigkeitsfeldes Altenpflege, so wird auch deutlich, warum alle Berufsbilder der Altenpflege seit vielen Jahren in der regelmäßigen „Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit“ erscheinen. Eine im Mai 2020 veröffentlichte Arbeitsmarktanalyse für den Pflegebereich zeigt folgende Befunde [2]:

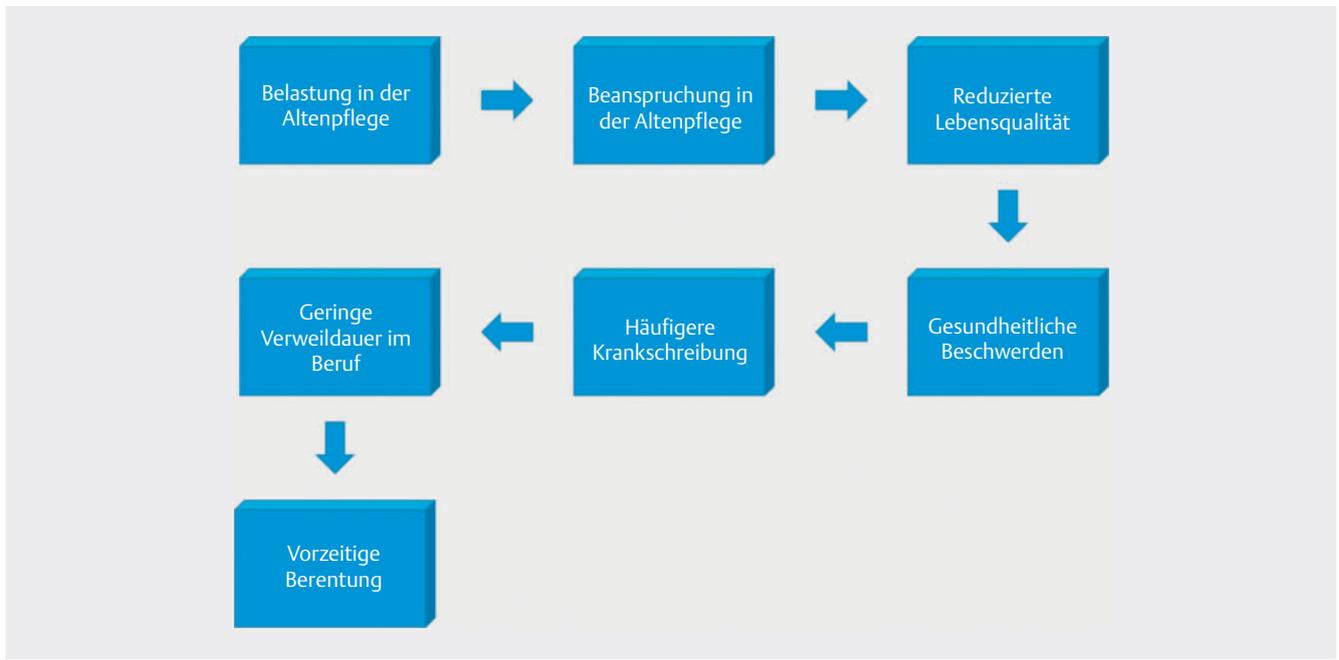
- Der Frauenanteil beträgt 85 %.
- 53 % aller Mitarbeiter arbeiten in Teilzeit.
- Das mittlere monatliche Bruttogehalt beträgt 2778 €.
- Die Zeit, bis eine ausgeschriebene Stelle besetzt wird, die Vakanzzeit, ist sehr hoch und beträgt 180 Tage.
- Der demografische Wandel macht sich deutlich bemerkbar, 20,8 % aller Mitarbeitenden in der Altenpflege sind älter als 54 Jahre.

Für die Arbeitszufriedenheit, die Fluktuation oder die Bindung von Pflegenden ist ein ganzes Bündel von Faktoren verantwortlich. Dazu gehören Arbeitsumgebung, Arbeitsbedingungen, Gratifikation, Flexibilität, familienfreundliche Unternehmensstrategien und Karrieremöglichkeiten. Zur Kompensation ist der Zugang zu Bildungsmaßnahmen und in besonderem Maße zu gesundheitsbezogener Unterstützung bedeutsam.

Es wird deutlich, dass für dieses Tätigkeitsfeld ein sehr hoher Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen besteht. Dazu ist es aber notwendig, die besonderen Belastungen und Beanspruchungen in der stationären Altenpflege genauer zu analysieren. Dabei folgen wir dem bekannten Konzept, nachdem wir unter Belastung die objektiv einwirkenden Faktoren verstehen und unter Beanspruchung die individuellen subjektiven Folgen dieser Belastungen.

Nationale Studien zu Belastung und Beanspruchung

Auf der Grundlage von Erfahrungen aus anderen Anwendungsfeldern der betrieblichen Gesundheitsförderung ist davon auszugehen, dass diese spezifischen Belastungen und Beanspruchungen eine Kaskade von negativen Folgen auslösen [8, 9]. Diese lassen sich, wie in ► **Abb. 1** dargestellt, modellieren.



► **Abb. 1** Modellierung negativer Folgen von Belastung und Beanspruchung.

Gesundheitliches Problem

Im Folgenden sollen die „Spurenlage“ und die Indizien für diese Annahmen vorgestellt werden. Leider finden sich nur wenige aussagekräftige empirische Daten zu den spezifischen Beanspruchungssituationen von Pflegekräften in Deutschland. Im Rahmen einer Erwerbstätigenbefragung durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) wurden 2018 insgesamt fast 20 000 Arbeitnehmern befragt und eine Auswertung einer Teilstichprobe von 323 Altenpflegern vorgenommen [10]. Dabei zeigen sich vor allem im Vergleich mit anderen Berufsgruppen in folgenden Bereichen bedeutsame Unterschiede:

- Körperliche Belastungen:
 - Arbeit im Stehen bei 89 % der Befragten (52 % in sonstigen Berufen).
 - Heben und Tragen bei 75 % der Befragten (21 % in sonstigen Berufen).
 - Einseitige und monotone Haltung bei 51 % der Befragten (16 % in sonstigen Berufen).
- Psychosoziale Belastungen:
 - Emotionale Belastung bei 40 % der Befragten (11 % in sonstigen Berufen).
 - Belastung durch hohes Arbeitstempo bei 52 % der Befragten (33 % in sonstigen Berufen).
 - Belastung durch Termin- und Leistungsdruck bei 59 % der Befragten (47 % in sonstigen Berufen).
 - Belastung an der Leistungsgrenze bei 32 % der Befragten (15 % in sonstigen Berufen).
- Konkrete gesundheitliche Beschwerden:
 - Psychosomatische Beschwerden bei 63 % der Befragten (39 % in sonstigen Berufen).
 - Muskuloskeletale Beschwerden bei 55 % der Befragten (32 % in sonstigen Berufen).

Ungünstige Pausengestaltung sowie hohe Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung in Verbindung mit einer hohen emotionalen Belastung reduzieren die Verweildauer im Beruf. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielt eine weitere große Rolle. Die Folgen sind unter anderem steigende Fehlzeiten sowie hohe Fluktuationsraten innerhalb der Pflegebranche. Umso wichtiger erscheinen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit.

Verweildauer im Beruf

Ein weiterer Indikator für die Belastungen in der Altenpflege ist die reduzierte Verweildauer im Beruf. Im Deutschen Ärzteblatt fand sich im Jahr 2018 die Schlagzeile „Altenpfleger sind ihrem Beruf treu!“ [11]. Die vermeintlichen Belege dafür sind weder umfangreich noch aktuell. Die Daten, auf die hierbei rekurriert wird, stammen aus der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage im Parlament, führen zurück ins letzte Jahrtausend und zeigen eine durchschnittliche Verweildauer von 19 Jahren für Altenpfleger [12]. Ein wichtiges Resultat dieser Anfrage ist die Aussage, dass im Jahr 2016 in Deutschland mehr als 9,5 Millionen geleisteter Überstunden in der Altenpflege anfielen, von denen ein Drittel unbezahlt war. Aktuellere Daten aus Brandenburg zeigen, dass 15 Jahre nach Ausbildungsende von den Altenpflegern/-helfern in Berlin bzw. Brandenburg jeweils nur noch zwischen 32 % bzw. 28 % im erlernten Beruf tätig waren [13]. Die europäische Vergleichsstudie NEXT (Nurses' early exit) aus dem Jahr 2005 verglich für 13 europäische Länder die Verweildauer von Pflegekräften. Für Deutschland wurde eine durchschnittliche Verweildauer von 6 Jahren in einer Einrichtung ermittelt [14, 15]. Diese Studie mit etwa 6500 befragten Pflegekräften belegt auch die hohe subjektiv erlebte Belastung und verweist auf die Notwendigkeit von Interventionen: „Results suggest that improving the psychosocial work environment, and specifically occupational rewards, may be helpful in retaining nurses and consequently reducing nursing shor-

tage in Europe.“ ([15], S. 628). Allerdings leidet die empirische Basis dieser Aussagen unter den unterschiedlichen Verfahren und Messgrößen, mit denen die Verweildauer im Beruf erfasst wird.

AU-Daten

Die genannten Belastungen wirken sich auch deutlich auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus. Es besteht Konsens, dass für die Steuerung, Umsetzung und Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung Arbeitsunfähigkeitstage nur ein erster Indikator sein können, da diese von mehreren Faktoren abhängig sind. Dazu gehören neben der individuellen Gesundheit des einzelnen Mitarbeiters die Sicherheit des Arbeitsplatzes, die Arbeitsplatzzufriedenheit und besonders die wahrgenommene finanzielle Gratifikation durch den Arbeitnehmer [8].

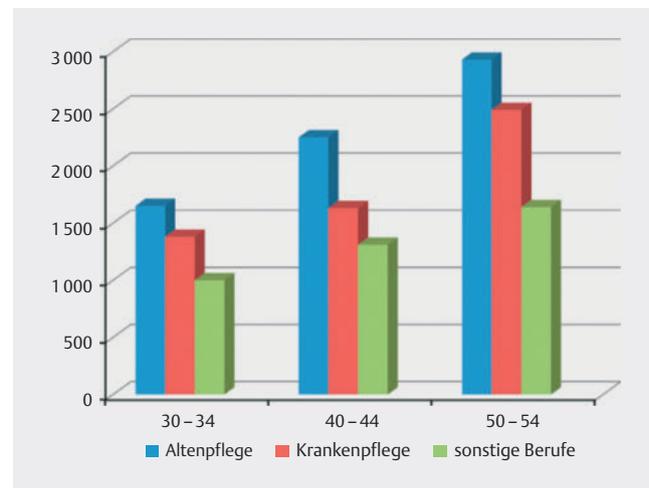
Laut Gesundheitsreport 2019 der DAK-Gesundheit hat das Gesundheitswesen insgesamt den zweithöchsten Krankenstand von allen Wirtschaftsgruppen. „Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.“ ([16], S. 192). Im Zuge der Gesundheitsberichterstattung werden die unterschiedlichen Gesundheitsberufe selten differenziert, sodass sich die spezifischen Daten für die stationär Pflegenden nicht identifizieren lassen. Das Statistische Bundesamt vermeldet für das Jahr 2016 für die Altenpflege insgesamt 26 AU-Tage pro Jahr, während der Bundesdurchschnitt aller Berufe bei 18 Tagen liegt. Insbesondere mit zunehmendem Alter zeigt sich eine deutlich höhere Zahl an AU-Tagen von Pflegekräften gegenüber sonstigen Berufen (► **Abb. 2**) [17].

Dies hat für diesen Sektor des Arbeitsmarktes gravierende Folgen:

- Viele Pflegekräfte steigen vorzeitig aus dem Beruf aus.
- Der durchschnittliche Krankenstand beträgt 7,5 % (5,3 % bei sonstigen Berufen).
- Die durchschnittliche Zahl der AU Tage beträgt 27,3 (19,4 Tage bei sonstigen Berufen).
- Psychische Erkrankungen spielen eine große Rolle (19,4 Fälle vs. 11,2) mit einer hohen Prävalenz von depressiven Störungen.
- Insgesamt zeigen Pflegekräfte sowohl häufigere als auch längere Krankschreibungen.

Zum durchschnittlichen Renteneintrittsalter oder zur vorzeitigen Berentung von Pflegekräften liegen leider keine Daten vor. Allerdings deuten die Daten über die Verweildauer im Beruf darauf hin, dass das gesetzliche Renteneintrittsalter selten erreicht wird. Auch die hohe Häufigkeit von psychischen Diagnosen, insbesondere Depressionen verweisen in die gleiche Richtung, da gerade solche affektiven Störungen mit über 30% die führende Ursache für Erwerbsminderungsrenten darstellt.

Die vorgestellten Merkmale der Arbeitsunfähigkeitstage und der Verweildauer im Beruf liegen eher am distalen Ende einer Kaskade von Belastungs- und Beanspruchungsfolgen. Internationale Studien fokussieren dagegen häufig physiologische und biomechanische Parameter. Diese Befunde sind trotz der hohen Heterogeni-



► **Abb. 2** AU-Tage je 100 Arbeitnehmer in unterschiedlichen Altersklassen (Daten aus [16]).

tät der jeweiligen Gesundheitssysteme von Bedeutung für die Konzeption der betrieblichen Gesundheitsförderung

Internationale Studien

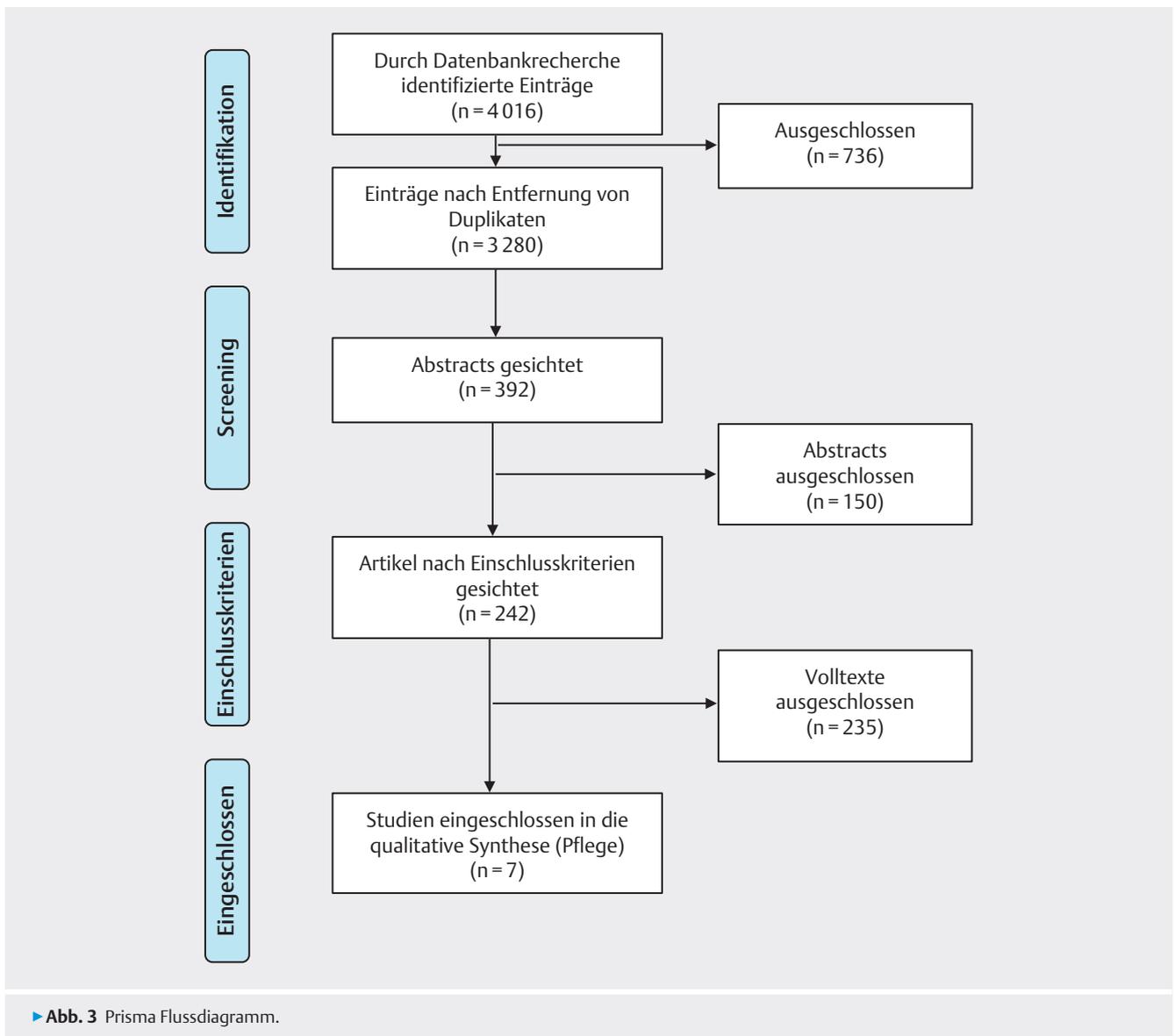
Um einen Überblick über die Belastung und Beanspruchung von Pflegekräften in der Altenpflege aus internationalen Studien zu erhalten, wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL und psychINFO durchgeführt. Die Suchbegriffe waren *nurse* *, *physical activity* * OR *energy expend* *, *work* OR *occupation* *. Hierbei wurden 4016 Studien identifiziert (3280 nach Ausschluss von Duplikaten), von denen letztlich 7 Studien in die qualitative Analyse eingeschlossen wurden (siehe Prisma-Flow-Chart, ► **Abb. 3**). Eine detaillierte Darstellung der Ausschlussgründe der einzelnen Abstracts und Volltexte ist bei den Autoren erhältlich. Die im Folgenden dargelegten Ergebnisse zu verschiedenen Parametern beziehen sich auf die identifizierten sieben Untersuchungen.

Schrittzahlen

Konkrete Schrittzahlen wurden in zwei Arbeiten berichtet. Flannery et al. (2012) erhoben in ihrer Interventionsstudie an 37 „Nurse Assistants“ in zwei Altenheimen in Maryland, USA, die Schrittzahlen mittels Schrittzähler. Zur Baseline legten die Teilnehmerinnen im Mittel 5.000–6.000 Schritte pro Tag auf der Arbeit und außerhalb der Arbeit zurück. Zum Follow-Up-Zeitpunkt wurde auf eine Analyse der Schrittzahlen verzichtet, da diese durch die Intervention selbst beeinflusst sein könnten [18]. Entgegen diesen vergleichsweise niedrigen Aktivitätszahlen beobachteten Wakui et al. (2000) in einer japanischen Kohorte bereits pro Stunde 1500–2000 Schritte [19].

Herzfrequenz

Hui et al. (2001) beobachteten bei Pflegekräften in Hongkong während des Arbeitstages eine mittlere Herzfrequenz von 100 Schlägen pro Minute (BpM) [20]. Während 20% der Arbeitszeit erreichten die Pflegekräfte Frequenzen von über 110 BpM, in 5% der Arbeitszeit Frequenzen jenseits von 120 BpM [20]. Vergleichbare



Ergebnisse beobachteten Wakui et al. (2000) mit einer Range der mittleren Herzfrequenzen der Altenpfleger von 72 BpM bis 123 BpM, was 45–70 % der geschätzten maximalen Herzfrequenz (HRmax) entspricht [19]. Die meiste Aktivität während des Alltags konnte zwischen 50 % und 60 % HRmax verortet werden. Dies entspricht einem Intervall von ca. 90–105 BpM, wenn man den berichteten absoluten Maximalwert von 123 BpM mit dem berichteten relativen Maximalwert von 70 % HRmax gleichsetzt. Damit ist dies im Konsens mit den Daten von Hui et al. [20]. In einer zweiten japanischen Stichprobe von acht Pflegekräften (die Arbeit ist allerdings in japanischer Sprache veröffentlicht, weswegen lediglich die auf Englisch publizierten Tabellen interpretiert werden konnten) wurde mit 89–108 BpM eine vergleichbare Range mittlerer Herzfrequenzen beobachtet.

Energieverbrauch

Wakui et al. (2000) bemessen den mittleren Energieverbrauch der beobachteten Pflegekräfte auf etwa 0,04 kcal/kg/min, was einer

durchschnittlichen metabolischen Belastung von 2,4 MET während der Arbeitszeit entspricht [19]. Yokozeki et al. (1997) berichten einen vergleichbaren Durchschnittswert von 2,7 MET (Range: 2,5–3,9 MET) [21].

Aktivitäten

Nach Wakui et al. (2000) verbringen Pflegekräfte während der Tagsschicht 3,4 % (16 min) der Arbeitszeit sitzend, 65 % (300 min) im Stehen, 30 % (150 min) gehend und 0,2 % (1 min) rennend. Während der Nachtschicht vervielfachen sich die Sitzzeiten auf 21 % (170 min) der Gesamtzeit, wohingegen sich der relative Anteil an Stehzeiten auf 44 % reduziert (367 min). Der relative Anteil der Gehzeit ist mit 34 % (285 min) mit dem Anteil zur Tagsschicht vergleichbar, rennend verwenden die Pflegekräfte 0,4 % der Zeit (3 min) [19]. Die relativ geringe Zeit, die mit intensiver Bewegung verbracht wird, zeigt sich auch in der Erhebung von Flannery et al. (2012), wonach bei „Nurse-Assistants“ weniger als 5 Minuten ihrer täglichen Arbeitszeit auf „aerobic steps“ entfallen [18].

Biomechanische und neuromuskuläre Belastung

Kozak et al. (2017) erhoben Ventralflexionswinkel/Inklinationswinkel der Pflegekräfte während ihrer Arbeit [22]. Dabei fanden die Forscher, dass die Pflegekräfte im Durchschnitt 104 Min. (IQR = 90–134) in Beugewinkeln von $> 20^\circ$ arbeiteten, was etwa 35,4% der durchschnittlichen Gesamtarbeitszeit der Stichprobe entsprach. Hiervon fallen wiederum 2,5% (ca. 7,5 Min.) der Gesamtarbeitszeit auf Tätigkeiten in Winkeln von $> 60^\circ$, was nach ISO 11226 und DIN EN 1005-1 & -4 als inakzeptable Belastung angesehen wird. Allerdings wurden bereits Winkel zwischen $20\text{--}60^\circ$ von den Autoren als kritisch und „conditionally acceptable“ betrachtet [22]. In einer deutschen Befragung von Frey et al. (2018) wurden 150 Mitarbeiter von 5 Altenheimen in Rheinland-Pfalz hinsichtlich Ihrer Arbeitsbelastung befragt. Hierbei gaben 90% der Befragten an, regelmäßig Widerstände von über 20 Kilogramm heben zu müssen. Von diesen berichteten 55%, derartigen Belastungen bereits über 10 Jahre ausgesetzt zu sein [23]. Hui et al. (2001) beobachteten einen Abfall der neuronalen Feuerungsrate der Rückenmuskulatur von vor zu nach dem Arbeitstag, was auf eine systematische Erschöpfung der Rückenmuskulatur schließen lässt [20]. Dies bestätigt sich auch in anderen internationalen Studien [24–26].

Es ist bei den Untersuchungen nicht immer klar erkennbar, ob die untersuchte Stichprobe („nurse“) der Krankheitsversorgung („cure“) oder der Pflege („care“) zuzuordnen ist.

Vergleich zu anderen Berufsgruppen

Der Anteil körperlich inaktiver Berufe ist über die vergangenen Jahrzehnte deutlich angestiegen [27]. Dementsprechend erscheint es selbsterklärend, dass Pflegekräfte heutzutage einer vergleichsweise belastenden Tätigkeit nachgehen. Dies wird durch die obigen Messungen auch bestätigt, welche für Pflegekräfte einer durchschnittlichen metabolischen Belastung von etwa 2,5 MET und Herzfrequenzen von 45–70% HRmax entspricht. Den Vergleichstabellen zur metabolischen Belastung verschiedener Tätigkeiten von Ainsworth und Kollegen entsprechen 2,5 MET dem Energieverbrauch langsamen Gehens [28]. Anders ausgedrückt: Der Kalorienverbrauch von Pflegekräften während ihres Arbeitstages ist vergleichbar mit einem Kalorienverbrauch, der vorläge, wenn sie ihre gesamte Arbeitszeit ausschließlich mit langsamem Gehen verbringen würden. Des Weiteren ist es von Interesse, wie die Belastung von Pflegekräften im Vergleich zu Berufsgruppen ist, die sich an beiden Polen eines Arbeitsbelastungskontinuums befinden. Für sitzende Berufe wird eine metabolische Belastung von etwa 1,3 MET berichtet, durch Stehen kann diese auf ca. 1,5 MET angehoben werden [29]. Berufsgruppen mit hoher körperlicher Belastung sind im Gegensatz hierzu beispielsweise die Handwerks- und Konstruktionsberufe. Gumasing et al. berichten hier Belastungen von über 4 MET. Dabei ist allerdings anzumerken, dass es sich diesbezüglich nicht um die Durchschnittsbelastung handelt, sondern wohl eher um die Belastung während bestimmter Arbeiten. In dem Beitrag wird dies nicht weiter verdeutlicht [30]. Die berufsspezifischen Herzfrequenzen der Studienteilnehmer liegen bei einem Median zwischen 89–95 BpM und streuen um 7–15 BpM innerhalb der Berufsgruppen. Die Herzfrequenzen liegen damit in einem mit den Pflegekräften vergleichbaren Bereich. In einer Untersuchung ungarischer Minenarbeiter wurde eine durchschnittliche Belastung während des Arbeitstages von 3,5 MET beobachtet [31], womit ihr

Energiebedarf während der Arbeitszeit 1 MET über dem der Pflegekräfte liegt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei allen Berufsgruppen lediglich um Mittelwerte handelt und diese nicht notwendigerweise optimale Inferenzen auf die körperliche Beanspruchung der untersuchten Menschen zulassen. Dementsprechend lassen sich die erhobenen Befunde zur Belastung nicht genau mit denen anderer Berufsgruppen vergleichen. Trotzdem deuten die Zahlen darauf hin, dass die rein körperlichen Belastungen im Vergleich mit anderen Berufsgruppen bisher nicht unbedingt als überdurchschnittlich anzusehen waren (vgl. dazu [32–34]).

Möglicherweise genauso wichtig wie der Mittelwert der Belastung erscheint die Variabilität der Belastungen, d. h. die Schwankung des Energieverbrauchs in verschiedenen berufsbezogenen Tätigkeiten und die jeweilige Dauer, welche für diese jeweiligen Tätigkeiten aufgebracht werden muss. So kann die absolute mechanische Belastung während zweier Arbeitstage dieselbe sein, jedoch das Tätigkeitsprofil massiv variieren und somit zu einer anderen subjektiven Beanspruchung führen.

Implikationen

Pflegekräfte gehören zu einer Berufsgruppe, die im modernen Berufspanorama eine vergleichsweise hohe körperliche Beanspruchung als Teil ihrer Tätigkeit erfahren. Diese Tätigkeit ist u. a. durch eine hohe metabolische Belastung sowie ergonomisch ungünstige Arbeitswinkel beschrieben. Außerdem zeigen die Pflegekräfte mit zunehmender Arbeitszeit eine verstärkte neuromuskuläre Erschöpfung, was bedeutet, dass auch die neuromuskuläre Kontrolle mit zunehmender Zeit abfällt und sich das Verletzungsrisiko erhöht. Ohne größeren technischen Aufwand, welcher für viele Einrichtungen finanziell nicht realisierbar erscheint, ist die absolute Belastung der Pflegekräfte kaum zu beeinflussen. Dementsprechend bleibt lediglich eine Veränderung der Verhaltensebene der Pflegekräfte sowie eine Stärkung ihrer Ressourcen möglich. Konkret bedeutet dies, dass Pflegekräfte beispielsweise durch eine stärkere Anwendung kinästhetischer Prinzipien und kinästhetischer Handlungsweisen die Belastung ihres Arbeitsalltags reduzieren können [35]. Es ist Ziel der Ressourcenstärkung, d. h. zum Beispiel einer Verbesserung der Kraft- und Ausdauerfähigkeit, die maximale Belastbarkeit der Pflegekräfte zu erhöhen, sodass die relative Belastung bzw. Beanspruchung bei gleichbleibender absoluter Belastung geringer wird und ergonomisch ungünstige Arbeitswinkel besser kompensiert werden können sowie die neuromuskuläre Ermüdung hinausgezögert wird.

Konsequenzen für die Konzeption der betrieblichen Gesundheitsförderung

Insgesamt sprechen die wesentlichen, für das Gesundheitssystem relevanten Kennzahlen, wie z. B. die hohen AU-Zahlen für eine starke Beanspruchung der Mitarbeiter in der stationären Altenpflege. Es finden sich allerdings insbesondere in den internationalen Studien wenige Belege für eine einseitige und zu hohe physische Belastung. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass in der stationären Altenpflege ein multimodales Geflecht aus körperlicher, psychosozialer und arbeitsplatzspezifischer Beanspruchung und Belastung besteht (► **Abb. 4**).



Für ein spezifisches Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich folgende Konsequenzen ziehen:

- BGF muss grundsätzlich alle 3 genannten Beanspruchungsdimensionen adressieren.
- Es muss analysiert werden, welche Beanspruchungsdimensionen prioritär zu bearbeiten sind.
- Es muss festgestellt werden, welche Mitarbeiter in den einzelnen Beanspruchungsdimensionen betroffen sind.
- Es muss klar erkennbar werden, dass sich die Beanspruchungsdimensionen gegenseitig beeinflussen. (Es ist ein fundamentaler Unterschied, ob ich im Baugewerbe ein Sack Zement bewege oder einen pflegebedürftigen Menschen!)

Es ist dringend notwendig, die Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtungen zu einem relevanten Setting der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung zu machen. Der zum Ende des Jahres 2019 veröffentlichte Präventionsbericht, der sich auf Daten aus dem Berichtsjahr 2018 stützt, widmet deshalb diesem Sektor ein eigenständiges Kapitel [36]. Die individuelle verhaltensbezogene Prävention verharret, gemessen an den Kursteilnahmen, seit mehreren Jahren auf einem recht niedrigen Niveau (1,7 Millionen Kursteilnahmen) und macht damit die Relevanz des nun gewählten Settingansatzes deutlich.

Wir benötigen dazu aber Maßnahmen, die auch die übergeordneten Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit erfüllen.

Eine Excel-Datei zum Screening der Abstracts und Volltexte (► **Abb. 3**) ist bei den Autoren erhältlich.

Danksagung

Die Autoren danken Herrn Janik Scheer (DVGS e. V.) für die Unterstützung bei der Erstellung des Manuskripts.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Gerhard Huber

Institut für Sport und Sportwissenschaft Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 700
69120 Heidelberg
Deutschland
gerhard.huber@issw.uni-heidelberg.de

Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt (Dezember 2020) 4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019; Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html;jsessionid=D55BD97AFEEABFC56CB0153CFACB70CC.live741;Stand:21.04.2021
- [2] Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg 2020; Im Internet: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=8;Stand:15.12.2020
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Sofortprogramm Pflege; Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html;Stand:14.12.2020>
- [4] GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau et al. Die nationale Präventionskonferenz. Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Im Internet: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/1_bundesrahmenempfehlung/bundesrahmenempfehlung_BRE_praevention_barrierefrei.pdf;Stand:15.12.2020

- [5] GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp; Stand: 15.12.2020
- [6] Bals T, Behr T, Dielmann G et al. Expertenkommission der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Nationaler Aktionsplan Pflege. Im Internet: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-005-Positionspapier-IV_Download.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 15.12.2020
- [7] Ehegartner V, Kirschneck M, Frisch D, Schuh A, Kus S. Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Gesundheitswesen* 2020; 82: 422–430
- [8] Huber G, Weiß K. Assessment in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2020; 36: 212–218
- [9] Kuhlmeij Jacobs et al. *Pflegereport 2019*. Im Internet: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-662-58935-9> Stand: 15.12.2020
- [10] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BIBB/BAuA 2018; Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden (2018). Im Internet: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.pdf?__blob=publicationFile&v=4; Stand: 15.12.2020
- [11] Deutsches Ärzteblatt. Altenpfleger sind ihrem Beruf treu. Im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/89230/Altenpfleger-sind-ihrem-Beruf-treu>; Stand: 15.12.2020
- [12] Bundesregierung. Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Im Internet: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/006/1900608.pdf> Stand: 15.12.2020
- [13] Wiethölter D, Bogai D, Carstensen J. Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg. IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013. Nürnberg (Januar 2013). Im Internet: http://doku.iab.de/regional/BB/2013/regional_bb_0113.pdf; Stand 15.12.2020
- [14] Meißner A, Hasselhorn H.M, Estryng-Behar M et al. Nurses' perception of shift handovers in Europe—results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of advanced nursing* 2007; 57 (5): 535–542
- [15] Li J, Galatsch M, Siegrist J et al. Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession – Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International journal of nursing studies* 2011; 48: 628–635
- [16] Marschall J, Hildebrandt S, Nolting H-D. DAK-Gesundheitsreport 2019. (2019); Im Internet: <https://dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf>; Stand 15.12.2020
- [17] Kliner K, Rennert D, Richter M. Hrsg. Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas. 2017. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017
- [18] Flannery K, Resnick B, Galik E et al. The Worksite Heart Health Improvement Project (WHHIP): Feasibility and Efficacy. *Public Health Nursing* 2012; 29: 455–466. doi:10.1111/j.1525-1446.2012.01023.x
- [19] Wakui T. Study on work load of matrons under shift work in a special nursing home for the elderly. *Ind Health* 2000; 38: 280–288. doi:10.2486/indhealth.38.280
- [20] Hui L, Ng G.Y, Yeung S.S et al. Evaluation of physiological work demands and low back neuromuscular fatigue on nurses working in geriatric wards. *Appl Ergon* 2001; 32: 479–483
- [21] Yokozeki T, Watanabe J, Makita M et al. Work intensity during working hours and different types of care done by special nursing home workers. *Nihon Eiseigaku Zasshi* 1997; 52: 567–573. doi:10.1265/jjh.52.567
- [22] Kozak A, Freitag S, Nienhaus A. Evaluation of a Training Program to Reduce Stressful Trunk Postures in the Nursing Professions: A Pilot Study. *Annals of Work Exposures & Health* 2017; 61: 22–32. doi:10.1093/annweh/wxw002
- [23] Frey D, Rieger S, Diehl E et al. Factors Influencing Chronic Back Pain in Care Workers Attending to The Elderly in Germany. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 172–175. doi:10.1055/s-0043-104693
- [24] Buchan J, Twigg D, Dussault G et al. Policies to sustain the nursing work-force: an international perspective. *International Nursing Review* 2015; 62: 162. doi: 10.1111/inr.12169
- [25] Hayes L et al. Nurse turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49: 887–905
- [26] Heinen M et al. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50: 174–184
- [27] Church TS, Thomas DM, Tudor-Locke C et al. Trends over 5 decades in US occupation-related physical activity and their associations with obesity. *PloS one* 2011; 6: e19657
- [28] Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise* 2000; 32: (9; SUPP/1) 498–504
- [29] Beers EA, Roemmich JN, Epstein LH et al. Increasing passive energy expenditure during clerical work. *European journal of applied physiology* 2008; 103: 353–360
- [30] Gumasing MJ, Llamas CMA, Martin CAA. The Effects of Energy Expenditure on the Mental Fatigue of Construction Workers. *Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management Dubai, UAE, March 2020*; 10–12
- [31] Varga J, Nagy I, Szirtes L et al. Physiological strain in the Hungarian mining industry: The impact of physical and psychological factors. *International journal of occupational medicine and environmental health* 2016; 29: 597
- [32] Samitz G. Einführung. In Wonisch M, Hofmann P, Hörtnagl H, Ledl-Kurkowski E, Pokan R (eds). *Kompendium der Sportmedizin*. Vienna: Springer Vienna; 2016
- [33] Wonisch M, Hofmann P, Förster H, Hörtnagl H, Ledl-Kurkowski E, Pokan R. Hrsg. *Kompendium der Sportmedizin*. Wien: Springer; 2017
- [34] Schlagbauer D. Arbeitsbelastung und körperliche Leistungsfähigkeit von Bauarbeitern. In Hofstadler C, Hrsg. *Aktuelle Entwicklungen in Baubetrieb, Bauwirtschaft und Bauvertragsrecht*. Wiesbaden Springer Vieweg; 2019: 107–121
- [35] Sedlak-Emperer M.. Der Effekt von Kinästhetik auf Pflegepersonen. Patienten und Krankenhausorganisation (Doctoral dissertation). Wien: Universität Wien; 2012
- [36] GKV-Spitzenverband. Präventionsbericht 2019. Im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2019_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf; Stand: 15.12.2020

WIE BELASTET SIND PFLEGENDE?

POLKA FACTSHEET

In Deutschland werden 820.000 Menschen in etwa 15.400 Alten- und Pflegeheimen versorgt. Von den ca. 600.000 Pflegekräften werden bis 2034 etwa 40 % altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden. Die Tätigkeit ist durch eine hohe psychische und körperliche Beanspruchung gekennzeichnet.

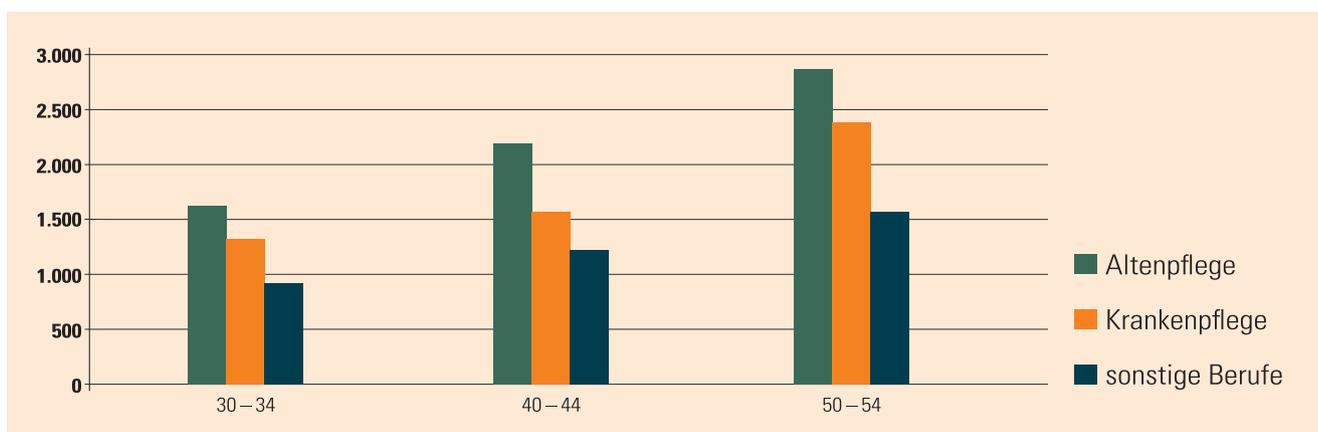
BEI DEN BESCHÄFTIGTEN

- beträgt der Frauenanteil 85 %,
- arbeiten 53 % aller Mitarbeiter*innen in Teilzeit,
- beträgt das mittlere monatliche Bruttogehalt 2.778 €,
- dauert es 180 Tage, bis eine ausgeschriebene Stelle neu besetzt werden kann.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020.

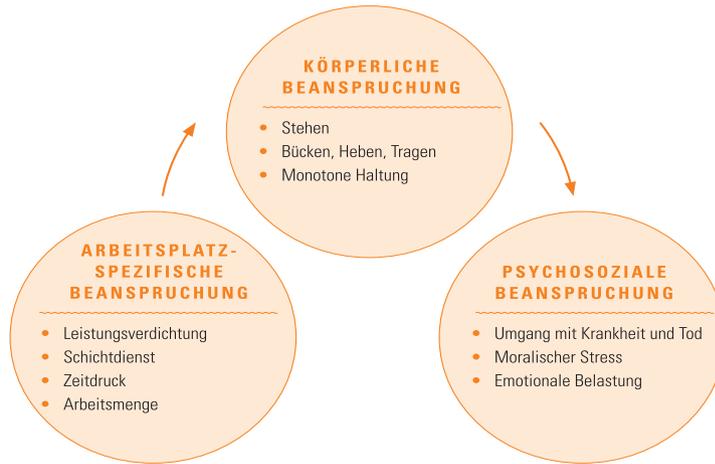
DIE HOHE BEANSPRUCHUNG ZEIGT SICH IN FAST ALLEN GESUNDHEITSBEZOGENEN KENNZAHLEN

- Pflegekräfte steigen überdurchschnittlich häufig vorzeitig aus dem Beruf aus.
- Der durchschnittliche Krankenstand beträgt 7,5 % (zum Vergleich 5,3 % bei den sonstigen Berufen).
- Die durchschnittliche Zahl der AU-Tage beträgt 27,3 gegenüber 19,4 Tagen bei den sonstigen Berufen.
- Es überwiegen vor allem psychische Erkrankungen (19,4 Fälle versus 11,2) mit einer hohen Prävalenz von depressiven Störungen.
- Insgesamt zeigen Pflegekräfte sowohl häufigere als auch längere Krankschreibungen.

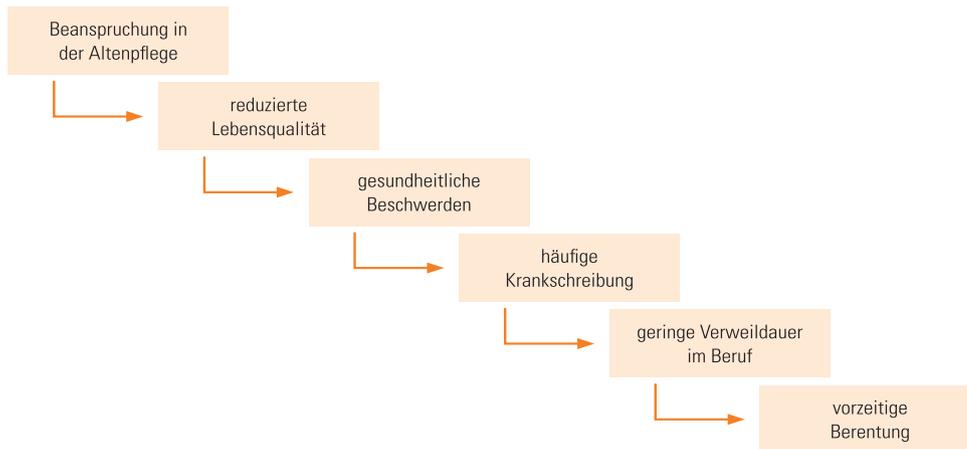


Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (Hrsg.). (2017). Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. Berlin: MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

ALTENPFLEGE BEANSPRUCHT DIE MITARBEITER*INNEN IN VERSCHIEDENEN BEREICHEN, DIE SICH GEGENSEITIG VERSTÄRKEN.



DARAUS ENTSTEHT EINE KASKADE VON NEGATIVEN EFFEKTEN. DIES BESTÄTIGT DIE NATIONALE UND INTERNATIONALE FORSCHUNGS-LAGE.



ERFOLGREICHE BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG MUSS AUS DEN FOLGENDEN ELEMENTEN BESTEHEN.



Huber, G., Köppel, M., Peters, S. (2021). Belastung und Beanspruchung in der stationären Altenpflege – Eine Analyse als Grundlage in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, Thieme Verlag Stuttgart, Sonderheft POLKA 2021.



PFLEGE-EINRICHTUNGEN ALS KOMPETENZ-ZENTREN IN DER GESUNDHEITS-VERSORGUNG DURCH MULTIPLIKATION KÖRPERLICHER AKTIVITÄT

Wissenschaftliche Begleitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegefachkräfte im Projekt POLKA

Scientific Monitoring of the Workplace Health Promotion for Nursing Staff in the Project POLKA

Gerhard Huber

Institut

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V.

Inzidenzzahlen, epidemiologische Modelle, Reproduktionszahl: Nie zuvor in der Geschichte ist Wissenschaft tiefer in das tägliche Leben der Menschen eingedrungen als in diesen Zeiten der Coronaepidemie.

Wissenschaft hat, unabhängig von der Disziplin, drei übergeordnete Funktionen, die sich auch hier erkennen lassen. Zunächst muss Wissenschaft die Grundlagen schaffen, Ursachen erklären und Zusammenhänge darstellen. Diese „fundierende“ Funktion zeigt uns, dass die Erkrankungen von einem Virus ausgelöst werden. Die zweite Funktion der „kritischen Bewertung“ hilft uns dabei, die richtige Strategie der Behandlung oder der Immunisierung durch Impfung zu entwickeln. Die dritte Funktion soll uns ermöglichen, Prognosen für die zukünftige Entwicklung dieser Epidemie zu entwerfen. Die aktuellen gesellschaftlichen und politischen Verwerfungen zeigen, wie schwierig diese Aufgabe ist.

Im Gegensatz dazu ist die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung des POLKA Projekts sehr viel kleiner und übersichtlicher. Trotzdem lassen sich die Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung grundsätzlich diesen drei Funktionen zuordnen.

Fundierende Funktion

Hier geht es darum, Beanspruchungen und Belastungen in der stationären Altenpflege zu analysieren und deren Interaktion oder Ursachen zu erkennen. Die Arbeiten dazu sind schon ziemlich weit fortgeschritten und stützen sich auf die folgenden Schritte:

- Die ausführliche Sichtung und Bewertung der internationalen und nationalen Forschungslage münden in die Erstellung von zwei „Reviews“, die in den nächsten Wochen publiziert werden.

- Trotz der coronabedingten Einschränkungen konnten wir in der zweiten Hälfte des Jahres 2020 in den beteiligten Altenpflegeeinrichtungen weit über 500 Mitarbeiter/innen testen und befragen.
- Wir sind in beständigem Austausch mit den Pflegedienstleitungen und den Mitarbeiter/innen, um im Sinne der qualitativen Forschung deren Expertise zu integrieren.

Daraus wurde für und mit dieser Zielgruppe ein spezifisches Portfolio von möglichst wirksamen und nachhaltigen Interventionsmaßnahmen entwickelt. Diese Programme werden in eine partizipative Organisationsentwicklung eingebettet. Gerade in diesem Setting ist es unmöglich, ohne eine aktive Mitarbeiterbeteiligung Programme zu entwickeln und umzusetzen.

Bewertende „kritische“ Funktion

Die gesetzlichen Vorgaben sind eindeutig. Dies gilt nicht nur für die besondere Relevanz des Settings Betrieb im §20 des SGB V, sondern auch für die das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V („Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (...)“) und im §2 Abs. 4 SGB V: „Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“

Mit der begleitenden Evaluation soll überprüft werden, ob durch die Interventionen des POLKA Projekts die gesundheitlich vulnerablen Mitarbeiter/innen erreicht werden und welche biopsychosozialen Effekte dadurch erreicht werden. Daraus lassen sich die folgenden Fragestellungen operationalisieren:

- Wie ist die subjektive Einschätzung der Mitarbeiter/innen des Gesundheitszustands und der Workability?

- Welche Mitarbeiter/innen werden durch die Programme erreicht?
- Wie unterscheiden sich die Nutzerinnen des Angebots von den Nicht-Nutzerinnen?
- Werden mit der Intervention diejenigen Mitarbeiter/innen erreicht, die hohen Bedarf an einer solchen Maßnahme haben?
- Welche Effekte werden durch die im Portfolio enthaltenen Interventionen hinsichtlich folgender Parameter erreicht?
- Pflegespezifische „Workability“ (Lebensqualität und subjektive Gesundheitswahrnehmung)
- Art und Umfang der körperlichen Aktivität
- Sitzzeiten
- Pflegespezifische Arbeitsplatzzufriedenheit
- Funktionelle Parameter (Handgrip)
- Welche Beziehungen bestehen zwischen diesen Parametern?

Wie verändern sich diese Parameter im Längsschnitt? Insgesamt sind aktuell etwa 20 Einrichtungen an dem Projekt beteiligt. Um dem präventiven Versorgungsauftrag für alle Einrichtungen gerecht zu werden, wird die Evaluationsstudie in einem Wartekontrollgruppendesign durchgeführt. Dies hat die folgenden Vorteile:

- Die Kontrollgruppe ist ein zentrales Qualitätskriterium für die Validität von Forschungsergebnissen. Nur dadurch können evaluierte Effekte der durchgeführten Intervention zugeordnet werden. Es kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass diese auf andere Ursachen beruhen.
- Wartekontrollgruppe bedeutet, dass alle Heime diese Interventionen erhalten, die Kontrollgruppe allerdings mit einer Zeitverzögerung.
- Das Wartekontrollgruppendesign erhöht auch die Reliabilität und Validität der Gesamtuntersuchung, da letztendlich alle Einrichtungen an den Interventionen teilnehmen.
- Es ergeben sich verbesserte Auswertungsmöglichkeiten mit erhöhter „statistischer Power“.

Prognostische Funktion

Eine Analyse der bis jetzt vorliegenden Forschungsarbeiten zeigt, dass die Translation, insbesondere der internationalen Studien, auf die pflegerische Versorgung in Deutschland nur begrenzt sinnvoll ist. Die von uns entwickelten Konzepte und Umsetzungsstrategien sollen dazu beitragen, die im seit 2019 geltenden Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geforderten „spürbaren Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege“ zu erreichen (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>). Wir möchten erreichen, dass das vorgesehene Budget von insgesamt fünf Milliarden Euro nach den Prinzipien der Effektivität und Wirtschaftlichkeit eingesetzt wird.

Merke

Prinzipien des wissenschaftlichen Arbeitens

- **Transparenz:** Jeder einzelne Arbeitsschritt, jede Methode, jeder Test, jeder Fragebogen und alle Daten, die erfasst werden, sollten unter Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzes öffentlich zugänglich sein.
- **Objektivität:** Die Durchführung von Tests, deren Auswertung und die Interpretation der Daten sollten grundsätzlich unabhängig sein von der Person, die den Arbeitsschritt durchführt.
- **Überprüfbarkeit:** Die im Verlauf der Evaluation erhobenen Daten und die beschriebenen Fakten und Zusammenhänge können von jedermann zu jeder Zeit überprüft werden (Validierung und Verifizierung). Dazu dient der oben genannte Grundsatz der Transparenz als Grundlage.
- **Offenheit und Redlichkeit:** Alle Forschungsschritte erfassen möglichst vollständig alle Aspekte des Untersuchungsgegenstands.

Interessenkonflikt

Der Autor ist Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA wird der Autor durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Gerhard Huber

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V.
Präsident
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth-Efferen
Deutschland
gerhard.huber@issw.uni-heidelberg.de

Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege im Projekt POLKA

Qualitätskriterien und erste Befunde

Occupational Health Promotion in Inpatient Care for the Elderly in the POLKA Project

Quality Criteria and Initial Findings

Klaus Weiß¹, Janina Gassert¹, Gerhard Huber²

Institute

1 Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH

2 Institut für Sport und Sportwissenschaften der Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem Präventionsgesetz wurde dem Betrieb als herausgehobenes Setting der Gesundheitsförderung für erwachsene Menschen Rechnung getragen. Leider werden diese legislativen Steilvorlagen nur ungenügend umgesetzt. Dabei besteht gerade in der Pflege ein hoher Bedarf. Der demografische Wandel verschärft die bereits angespannte Situation in der stationären Pflege. Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement werden bisher in den Einrichtungen der stationären Altenpflege nur punktuelle Maßnahmen mit einer geringen Wirkungskraft angeboten. Darüber hinaus sind bisherige Standards in der Betrieblichen Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der arbeitsorganisatorischen Strukturen (wie z. B. Schichtarbeit, viele Teilzeitbeschäftigte) unwirksam. Unter Berücksichtigung der entwickelten Qualitätsstandards im Betrieblichen Gesundheitsmanagement werden im Projekt POLKA Lösungsansätze initiiert und wissenschaftlich begleitet. Ziel hierbei ist es, die Beschäftigten in der stationären Pflege optimal zu unterstützen. Für die Lösungsansätze wurde ein Lotsen- und Experten-System entwickelt, das in der Umsetzung bedarfsorientierter Interventionen eine optimale Unterstützung bietet. Die Projektinitiatoren verfolgen dabei das langfristige Ziel, das System nachhaltig fortführen zu können und weitere stabile Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen.

Stichworte:

Betriebliche Gesundheitsförderung, Assessment, Prävention, Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.

ABSTRACT

During formulation, the Prevention Act took account of the company as a prominent setting for health promotion for adults. Unfortunately, these legislative drafts are not being implemented sufficiently. This is in spite of the high demand in health care. Moreover, demographic changes are exacerbating the already tense situation in inpatient care. In occupational health management, only one-off measures with a low impact are offered in the institutions of inpatient care for the elderly. In addition, previous standards in occupational health promotion are ineffective with regard to work organisation structures (e. g., shift-work, many part-time workers). Taking into account the developed quality standards in occupational health management, the POLKA project initiates solutions and scientifically accompanies them. The aim here is to provide optimal support to the employees in inpatient care. Pilot and expert systems have been developed for the solutions, which offer optimal support in the implementation of needs-based interventions. The project initiators pursue the long-term goal of running the system sustainably and developing further stable financing opportunities.

Keywords

Occupational health promotion, assessment, prevention, incapacity for work.

Zur Ausgangslage: Betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Beschäftigte im Bereich der Pflege

Lange Zeit galt die Betriebliche Gesundheitsförderung als Königsweg der Prävention. Auch das „Präventionsgesetz“ betont in § 20b (SGB V) die herausgehobene Stellung dieses Anwendungsfeldes. Allerdings rechtfertigt die dazu vorliegende Evidenz nicht unbedingt zu dieser Einschätzung, sondern eher zur Frage: „Workplace physical activity promotion: why so many failures and few successes?“ [1]. Die Ursache dieser Diskrepanz zwischen Bedeutung und Evidenz liegt sehr häufig darin, dass in der Regel (vgl. dazu u. a. [1, 2, 3]):

- insgesamt zu wenig Mitarbeiter erreicht werden;
- nicht die Mitarbeiter erreicht werden, die den höchsten Bedarf an Gesundheitsförderung haben;
- die Programme zu wenig auf den spezifischen Bedarf der Mitarbeiter abgestimmt sind;
- die Effektivität der Interventionen nicht bewertet wird.

Dies gilt auch für die Mitarbeiter in der Pflege. Diese sollten eigentlich eine Vorbildfunktion in der Betrieblichen Gesundheitsförderung einnehmen. Aktuelle Analysen zeigen, dass gerade dort die Möglichkeiten der Betrieblichen Gesundheitsförderung noch zu wenig genutzt werden: „Hospitals are often large employers in their communities, and as worksites with health-driven missions, they have the opportunity to model effective health promotion strategies.“ [4] und „(...) sickness absence rates among NHS staff are higher than the average for both the UK public sector and private sector“ [5]. Dies gilt auch für die Pflegekräfte in der stationären Altenpflege. Eine aktuelle Analyse des DRK zu „Status Quo, Chancen und Potentialen“ im ambulanten und stationären Pflegebereich [6] zeigt, dass mehr als 40 % der Unternehmen keine Maßnahmen zur Reduzierung berufsbedingter gesundheitlicher Belastungen anbieten. Dort, wo es diese gibt, werden sie nur von 43 % der Befragten als hilfreich empfunden. Zusätzlich kommt es häufig zu einer unzureichenden Beteiligung der Beschäftigten und einer Fehl-Allokation im Sinne dessen, dass häufig und vorwiegend nur die Beschäftigten teilnehmen, welche mit einem gesundheitlichen Eigeninteresse an den Maßnahmen teilnehmen. Insgesamt finden sich für das deutsche Gesundheitssystem wenig belastbare Daten, und die sehr überschaubare Forschungslage gibt wenig konkrete Hinweise für die Entwicklung von erfolgreichen Konzepten (vgl. dazu [7]).

Die stationäre Altenpflege ist durch besondere Arbeitsbedingungen gekennzeichnet. Insbesondere die hohe Arbeitsbelastung und die geringen Entscheidungsmöglichkeiten in Verbindung mit einer niedrigen Gratifikation haben erhebliche Auswirkungen auch auf die gesundheitliche Lage im Pflegebereich (vgl. dazu: [8]).

Ein hoher Altersdurchschnitt, Schichtarbeit und belastende Situationen führen zu einem überdurchschnittlichen Krankenstand von 7,5 % (zum Vergleich 5,3 % bei den sonstigen Berufen). Die durchschnittliche Zahl der AU-Tage beträgt 27,3 gegenüber 19,4 Tagen bei den sonstigen Berufen.

Vor diesem Hintergrund verbietet es sich, für die Konzeption und Implementation der Interventionen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Projekt POLKA unreflektiert auf herkömmliche Standardprogramme zurückzugreifen. Auf der Grundlage der Analyse des Forschungsstandes, einer sorgfältigen empirischen Untersuchung der beschäftigten Mitarbeiter und in Verbindung mit an anderer Stelle ausführlich begründeten und umgesetzten Qualitätskriterien [2, 3, 9] werden die Interventionen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für POLKA entwickelt. Diese Kriterien werden kurz vorgestellt, erste Untersuchungsergebnisse veranschaulichen deren Relevanz.

Qualitätskriterien und besondere Merkmale der Betrieblichen Gesundheitsförderung im POLKA Projekt

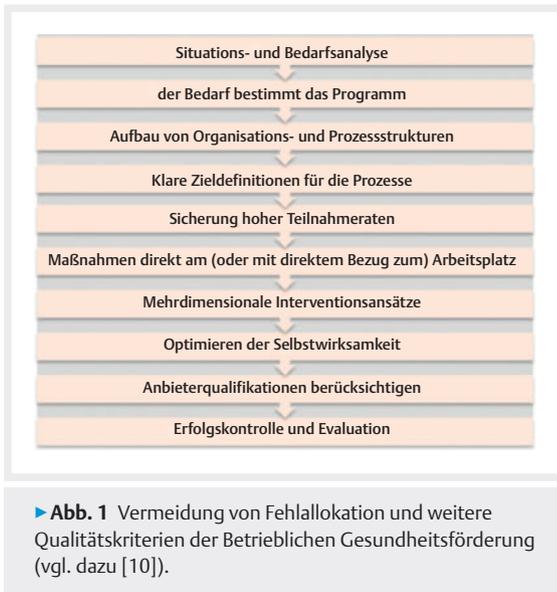
Der Bedarf bestimmt das Programm

Interventionen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung orientieren sich häufig an standardisierten Angeboten. Eine hohe Inzidenz von Rückenschmerzen ist aber noch kein Hinweis für ein „Rückenschulmangelsyndrom“. Vielmehr muss analysiert werden, mit welchen Interventionsformen der erfasste Bedarf abgedeckt werden kann. Allzu häufig finden sich Angebote ohne einen nachgewiesenen Bezug zum Bedarf. Deutlich wird das in standardmäßig angebotenen Kursen, Trendsportarten, passiven Maßnahmen wie z. B. Massagen oder weiteren Angeboten mit Eventcharakter.

Sicherung hoher Teilnehmeraten

Die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen ist grundsätzlich freiwillig. Es entsteht oft die Hoffnung, dass sich eine ausreichende Anzahl an Beschäftigten für eine Teilnahme interessiert und dass diese Teilnehmer auch die sind, die einen expliziten Bedarf haben sollten. Dies entspricht allerdings in den wenigsten Fällen den tatsächlichen Gegebenheiten. Sehr oft nehmen zu wenig Beschäftigte die Angebote in Anspruch. Dazu kommt häufig, dass diese Teilnehmer schon die gesundheitlich interessierten Beschäftigten sind. Diese falsche Allokation verhindert langfristige Effekte.

In der folgenden Übersicht sind die aus unserer Sicht notwendigen Schritte skizziert, die eine Fehlallokation verhindern können (► **Abb. 1**).



Die Zielgruppe: Stationäre Altenpflege

Aktuell beteiligen sich trotz der coronabedingten Einschränkungen nahezu 30 Einrichtungen der stationären Altenpflege am Projekt POLKA. Dadurch wird schon jetzt die Diversität innerhalb der Branche sehr deutlich abgebildet.

- Die Einrichtungen betreuen eine unterschiedlich große Anzahl von Bewohnern (ab 25 Bewohner bis mehr als 160 Bewohner).
- Daraus ergibt sich eine unterschiedliche Anzahl von Beschäftigten (ab ca. 20 Beschäftigte bis ca. 170 Beschäftigte).
- Insgesamt arbeiten sehr viele Teilzeitkräfte in den Einrichtungen.
- Die Arbeitszeit orientiert sich im Schichtsystem an den bestehenden Erfordernissen.
- Der überwiegende Teil der Beschäftigten sind Frauen.
- Die Beschäftigten in den Einrichtungen weisen ein hohes Durchschnittsalter auf.
- Die Arbeitsunfähigkeitstage liegen branchentypisch in einem hohen Bereich.
- Zahlreiche Mitarbeiter geben eine hohe körperliche Belastung in der Pflege an.
- Häufige Beschwerden sind:
 - Probleme im Bewegungsapparat (vor allem Rückenbeschwerden)
 - Probleme im Bereich Stress und Stressbewältigung
 - Fragestellungen im Bereich Gewichtsmanagement
 - Fragestellungen im Suchtverhalten (ein hoher Anteil Raucher)

Weitere Herausforderungen bestehen in der Arbeitsstruktur, unterschiedlichen Qualifikationen, verschiedenen Teamstärken sowie ungünstigen Arbeitszeiten im Schichtsystem mit sehr oft unregelmäßigen Arbeitszeiten im Wochenverlauf.

Zusätzlich sind in der aktuellen Situation die Sicherheits- und Hygienekonzepte der Coronapandemie in den Einrichtungen zu berücksichtigen. Sehr oft werden die Bewohner durch isolierte Betreuergruppen versorgt. Dadurch haben die Beschäftigten aktuell wenig soziale Kontakte untereinander.

Die Grundlage der Interventionen: Qualitative Situations- und Bedarfsanalyse

Die Integration der unterschiedlichen Arbeitsbedingungen vor Ort und die schwierigen organisatorischen Bedingungen stellen eine große Herausforderung für eine wissenschaftsorientierte Umsetzung dar. Im Folgenden finden sich erste tendenzielle Befunde der durchgeführten Situations- und Bedarfsanalyse.

Die Erstellung einer umfassenden Situations- und Bedarfsanalyse war die erste empirische Maßnahme zu Begründung des Vorgehens. Dies Analysen bilden auch die Basis für die Evaluation und wissenschaftliche Begleitung des Projekts POLKA.

Die erste Assessmentphase konnte im Herbst, 2020 in den Einrichtungen realisiert werden. In der Vorbereitung der Assessments fanden in allen Einrichtungen Gespräche mit dem jeweiligen Leitungsteam statt. Hier wurden in aller Regel die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung, die Leitung weiterer Arbeitsbereiche der Einrichtungen und z. B. Vertreter der Beschäftigtenvertretung einbezogen.

Im Rahmen der Gespräche und der Besichtigung der Einrichtung wurde ein strukturierter Interviewleitfaden im Sinne der qualitativen Forschung genutzt.

Fragestellungen waren unter anderem:

- Personalsituation im Bereich der Pflege und der Servicebereiche der Einrichtungen
- Altersstruktur, Anteil Männer und Frauen in den Arbeitsbereichen
- Arbeitszeitmodelle / Schichtsysteme
- Räumliche Voraussetzungen
- Bereits realisierte Maßnahmen und Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung für die Beschäftigten

In der weiteren Folge fanden Informationsrunden mit Beschäftigten der Einrichtungen statt. Hier wurden den Beschäftigten ausführliche Informationen zum Projekt vermittelt und Fragen beantwortet. In den Gesprächsrunden wurden weiterhin Fragen zur Arbeitssituation, zu den Belastungen und Beanspruchungen diskutiert. Im weiteren Verlauf wurden Erfahrungen, Eigeninitiativen und der persönliche Bedarf an Maßnahmen der Unterstützung im Arbeitsprozess und der Gesundheitsförderung im Kreis der Teilnehmer diskutiert.

Erste tendenzielle Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Die untersuchten Einrichtungen zeigen eine große Heterogenität bezüglich der Rahmenbedingungen (z. B. Größe der Einrichtungen, Anzahl der Bewohner mit Demenzerkrankungen, regionale Lage (Land- oder Stadtgebiet)).

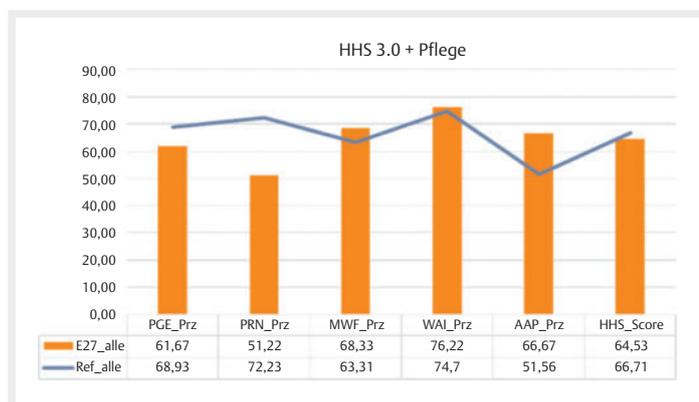
In den Einrichtungen war ein sehr großes Interesse an Maßnahmen für die Beschäftigten zu registrieren. Allerdings ergaben sich gleichermaßen viele Fragen zur Integration der Prozesse in die sehr angespannte und spezifische Arbeitssituation.

Die dann aussagekräftigen Ergebnisse der ersten Assessmentphase (Oktober 2020) werden aktuell differenziert analysiert und in den nächsten Wochen publiziert. Die jetzt vorliegenden ersten deskriptiven Analysen können nur einen ersten Überblick bzw. Eindruck der Situation wiedergeben.

Die Befragungen, Testungen und Interviews der Leitungsteams und der Beschäftigten konnten im Herbst 2020 in 26 Einrichtungen realisiert werden. Ein Teil dieser Einrichtungen (11) haben auf Grund der Coronapandemie um eine Verschiebung der Startphase im Projekt POLKA (hier insbesondere in der Durchführung der Assessments) gebeten.

In 15 Einrichtungen konnte unter Einhaltung der Hygieneregeln die Assessments realisiert werden. Zur Durchführung der gesamten Untersuchung liegen eine detaillierte Vorhabensbeschreibung sowie ein positives Ethikvotum der Universität Heidelberg vor.

Heidelberger Health Score Zentrales Befragungsinstrument war der HHS (Heidelberger Healthscore 3.0), der um ein spezifisches Pflegemodul erweitert wurde (Blümke et al. 2019). Die Assessments vor Ort wurden durch verschiedene Testmodule (WHR (Waist Hip Ratio), BIA (Messung des Körperfetts) und Messung Handgrip) ergänzt.



► **Abb. 2** Exemplarische Darstellung der HHS-Dimensionen aus der Befragung einer Einrichtung (N = 510).

Insgesamt beteiligten sich 510 Mitarbeiter an den Erhebungen, womit mehr als 45 % aller Mitarbeiter erreicht wurden. Dabei erreichte das Assessmentteam 420 Frauen und 90 Männern. Dies ist eine reliable Abbildung der Geschlechtsverteilung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege. Ca. 75 % der Befragten arbeiten in der Pflege bzw. Betreuung der Bewohner.

Der Altersdurchschnitt betrug bei den Frauen 44,73 Jahre, bei den Männern 38,07 Jahre. Der Altersdurchschnitt der Beschäftigten in der Pflege betrug 42,79 Jahre.

Insgesamt arbeiteten die Beschäftigten im Durchschnitt 12,85 Jahre in ihrem Beruf und durchschnittlich 6,21 Jahre in den jeweiligen Einrichtungen.

In den einzelnen Dimensionen des Heidelberger Healthscore HHS 3.0 + Pflege liegen die Beschäftigten in den Dimensionen WAI (Work Ability Index), AAP (Allgemeines Aktivitäts-Profil), MWF (Mentale Widerstandsfähigkeit) und im HHS-Gesamtscore über den jeweiligen Referenzwerten, schätzen diese Dimensionen also besser ein als die Referenzstichprobe (diese besteht aus einer Stichprobe von N = 1858, vgl. [11]).

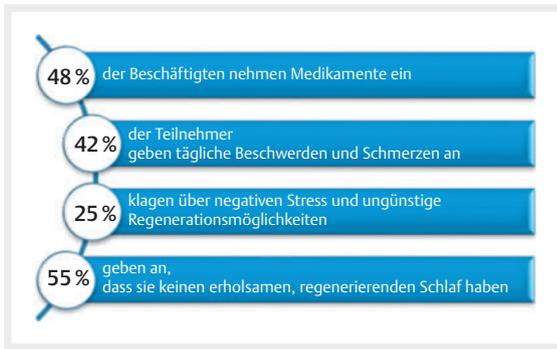
In den Ergebnissen der PGE (Persönliche Gesundheitseinschätzung) und in der Dimension GRS/PRN (Gesundheitliche Ressourcen-Situation / Persönliches Resilienz-Niveau) liegen die Teilnehmer unter den Werten der Referenzstichprobe (► **Abb. 2**).

Die Beschäftigten schätzen ihre aktuelle Gesundheit und die mögliche gesundheitliche Perspektive (PGE) als eingeschränkt ein. Im Bereich der PRN/GRS (Gesundheitliche Ressourcen-Situation) sehen die Teilnehmer aufgrund der Vielzahl der Beschwerden und der Beanspruchung Limitierungen.

Einschätzung der gesundheitlichen Situation Weitere erste Befunde zur gesundheitlichen Situation ergeben folgendes Bild (► **Abb. 3**):

Sitzzeiten Lediglich 19% der Gesamtstichprobe geben an, mehr als 7,5 Stunden pro Tag zu sitzen. Sitzzeiten von mehr als 8 Stunden täglich sollten entsprechend der Empfehlungen reduziert werden. Bei den Befragten mit Sitzzeiten über 7,5 Stunden handelt es sich überwiegend um Beschäftigte der Verwaltung. Für Beschäftigte in der Pflege zeigt das Ergebnis, dass die subjektive Einschätzung, einen körperlich sehr aktiven Arbeitsalltag zu realisieren, durch die niedrigeren Sitzzeiten bestätigt wurde.

Sonstige Befunde In den Befragungen zur Situation in der Pflege wird deutlich, dass Zeitdruck, negative Stressbelastung und fehlende Anerkennung als belastende Faktoren im Arbeitsprozess angegeben werden.



► **Abb. 3** Befunde zur gesundheitlichen Situation (N = 510).

In den durchgeführten Messungen (Waist-Hip-Ratio, Handgrip, BMI und Körperkomposition) wird der hohe Anteil der Beschäftigten mit einem hohen BMI verbunden mit einer ungünstigen Körperkomposition (62% aller Frauen) deutlich.

Interventionsbedarf Zusammenfassend ergibt sich allgemein ein Interventionsbedarf im Bereich Beschwerden des Bewegungsapparats, im Bereich der Stressbewältigung und Achtsamkeit und im Bereich des Gewichtsmagements. Hierzu wurden und werden Interventionsangebote im Kontext der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz entwickelt und für eine Umsetzung in den Einrichtungen vorbereitet.

Interventionen im Bereich

- bewegungsbezogener Gesundheitskompetenzen,
- bewegungsbezogener Achtsamkeit und Entspannungsverfahren,
- Gewichtsmangement und Ernährung.

Die spezifische Umsetzung anhand der konkreten Ergebnisse in den einzelnen Einrichtungen wird dabei grundsätzlich berücksichtigt, da die unmittelbare Situation in den Einrichtungen durchaus ein differenziertes Bild ergibt.

Erste Konsequenzen für die Umsetzung: Organisations- und Prozessstrukturen

Sowohl im Bereich der zu Pflegenden als auch im Bereich BGM sind Tandems aus Lots/innen und Expert/innen für die Organisation und Durchführung geplant. Die jeweiligen Qualifizierungsvoraussetzungen für die Tätigkeiten sind im Sinne der nachhaltigen Durchführung des Vorhabens an die Vorgaben des GKV-Leitfaden Prävention angelehnt.

Die Lotsen sind im Wesentlichen ausgehend von einer Bedarfsanalyse für die BGM-Prozesssteuerung und die Organisation bzw. eigenverantwortliche Durchführung der Interventionen zuständig und übernehmen hier eine besondere Schlüsselrolle. Die Aufgabenstellungen und Anforderungen an die Tätigkeit als Lotse sind insgesamt sehr komplex und setzen hinreichende Erfahrungen im betrieblichen Gesundheitsbereich voraus.

Der Bedarf bestimmt die Angebote

Im Rahmen der Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ist ein bedarfsorientiertes Vorgehen sowohl aus inhaltlicher Sicht wie auch aus ökonomischen Gründen zu empfehlen. Eine erste Orientierung wird durch die Ergebnisse der Situations- und Bedarfsanalyse möglich. In der Praxis beteiligen sich allerdings, da immer das Gebot der Freiwilligkeit Vorrang hat, nicht alle Beschäftigten an den Assessments. Mit der aufsuchenden Intervention der AKTIVpause nutzen wir ein zentrales Element zur weiteren bedarfsorientierten Interventionssteuerung. In der Praxis werden die Teilnehmer in jeder Einheit auf Überleitungsthemen in Form von Reflexionsfragen hingewiesen und das persönliche Interesse wird geweckt, mehr Informationen und praktische Beispiele erhalten zu können. Diese werden in den verbundenen Angeboten dann tiefgründiger aufgegriffen und umgesetzt. Für die Überleitung kann der Lotse auf eine Vielzahl von digitalen und analogen Medien zurückgreifen. Für die digitalen Medien stehen dabei Tablets zur direkten Nutzung oder Hinweise zur Nutzung der Informationen auf dem eigenen Smartphone in Form von QR-Codes zur Verfügung (► **Tab. 1**).

► **Tab. 1** Bedarfsorientierung durch die AKTIVpause (Ausschnitte aus dem Angebot AKTIVpause zur beispielhaften Darstellung).

AKTIVpause	Überleitungsthema	Verbundene Angebote	Medienformate analog/digital
Einheit 1	Wie kann ich meinen Arbeitsalltag beschreiben?	Fit am Arbeitsplatz (FaA)	Screeningfragebogen Fact Sheets Bewegungsempfehlungen
Einheit 2	Wie beeinflusst mein Arbeitsalltag meinen Rücken?	Rückengesundheit	Rückenfakten Rückenmärchen 3D-Animation Rückengesundheit
Einheit 4	Wie sieht meine Energiebilanz aus?	Normalgewicht	Erklärvideo Energiebilanz Quiz Energiebilanz
Einheit 6	Wie nehme ich mich an meinem Arbeitsplatz wahr?	Bewegungsbezogene Achtsamkeit/ Stressbewältigung	Erklärvideo mentale Fitness & Entspannungs-oase

Anbieterqualifikation und Zertifizierungen berücksichtigen

Als Lotse sind in der Regel sowohl bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen essenziell als auch eine substanzielle Berufserfahrung eine wichtige Voraussetzung. Dabei orientieren sich die Kriterien bereits in der Pilotphase an den Vorgaben des § 20 SGB V und dem Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Kostenträger.

Eine weitere Perspektive ergibt sich nicht nur aus der aktuellen Coronapandemie, sondern vielmehr aus dem allgemeinen gesellschaftlichen Trend im Bereich der digitalen Medien und der digitalen Lernformate. Hier werden unterschiedliche Qualifikationen im Rahmen der DVGS Fortbildungen angeboten, die mehr und mehr in den Projekten Anwendung finden werden.

Diese Notwendigkeit ergibt sich zusätzlich aus den spezifischen Arbeitssituationen der Beschäftigten in der stationären Pflege. Durch Faktoren wie z. B. die Teilzeitverträge oder auch die notwendige Schichtarbeit werden sich klassische Interventionen (z. B. regelmäßig stattfindende Kurseinheiten) nicht oder nur sehr schwer realisieren lassen.

Klare Zieldefinitionen

Ein wesentlicher Aspekt in den Qualitätskriterien im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind die Vereinbarung und Definition von kurz- und langfristigen Zielen. Sehr oft wird hier die Senkung der Krankheitstage der Beschäftigten als Ziel angegeben. Da die Erkrankungssituation sowohl in den Ursachen als auch in der Häufigkeit und Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage von sehr komplexen Faktoren abhängig ist, ist ein linearer Ursache-Wirkungs-Mechanismus nicht nachvollziehbar. Eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage der Beschäftigten kann in der Regel nur langfristig und unter Berücksichtigung komplexer Faktoren erzielt werden. Zu diesen Faktoren zählen unter anderen Arbeitszufriedenheit, die Akzeptanz und

Partizipation im Rahmen der Arbeitsaufgaben oder die interne Kommunikations- und die Führungskultur.

In der Startphase bzw. bei Einführung eines betrieblichen Gesundheitsprogramms sind Zielsetzungen wie die Identifikation bedarfsgerechter Interventionen oder hohe Teilnehmeraten anzustreben zweckdienlich. Diese Zielsetzungen werden unter der Leitung der Lotsen im Prozess herausgearbeitet und spielen im Sinne der Erfolgskontrolle und Evaluation der Aktivitäten ihre Berücksichtigung.

Partizipative Ansätze planen

Eine stabile langfristige gesundheitsförderliche Situation kann nur auf der Basis partizipativer Ansätze erfolgen. Ein klassischer Import von Maßnahmen, ohne die Beteiligten vor Ort intensiv mit einzubeziehen, ermöglicht keine langfristige und nachhaltige Umsetzung gesundheitsfördernder Kultur im Unternehmen. Daher werden im POLKA-Projekt von Beginn an partizipative Strukturen konsequent umgesetzt. Mit dem Lenkungskreis Gesundheit, den Meetings mit den Führungskräften und der Einbeziehung der Beschäftigten durch regelmäßige Explorationsrunden wird eine offene und gesundheitsfördernde Struktur gefördert.

Maßnahmen direkt am und/oder mit direktem Bezug zum Arbeitsplatz

Entsprechend der Situations- und Bedarfsanalyse liegen die Schwerpunkte in den folgenden Handlungsfeldern: Reduzieren von Beschwerden im Bewegungsapparat, Angebote im Bereich der Stressbewältigung und Entspannung sowie im Bereich der Gewichtsregulation und Ernährung.

In der Konzeption spielen aufsuchende Maßnahmen, die durch den Lotsen realisiert werden, eine Schlüsselrolle. Neben den Übungsangeboten der AKTIVPause, die in Kleingruppen unmittelbar am oder in der Nähe des Arbeitsplatzes durchgeführt werden, steht die Kommunikation und Information für die Teilnehmer im Mittelpunkt des Angebots. Über die Einsätze der AKTIVPause werden die Teilnehmer auf die Angebote im Programm Fit am Arbeitsplatz aufmerksam gemacht. Im Angebot Fit am Arbeitsplatz kann ein erster Einstieg in die Themenwelt der Handlungsfelder erreicht werden. Vertiefungen und die Förderung der Steuerungs- und der Selbstregulationskompetenz stehen dann in den weiterführenden Maßnahmen im Mittelpunkt.

Um diesen komplexen Anforderungen gerecht werden zu können, werden neben den rein analogen Angeboten ebenso hybride und digitale Formate geplant, in denen verschiedene digitale Inhalte wie Erklärvideos, Quiz oder 3D-Animationen eingesetzt werden.

Im Rahmen der Projektentwicklung werden den Einrichtungen bei Bedarf entsprechende technische Geräte zur Verfügung gestellt (► Abb. 4).



► Abb. 4 Struktur der Interventionskonzepte für Beschäftigte in der Pflege.

Selbstverständlich ist jederzeit eine direkte Auswahl bzw. bedarfsgerechte Zuordnung zu einzelnen Angeboten möglich. Logistische Herausforderungen sind in jedem Fall die organisatorischen Voraussetzungen in den Einrichtungen der stationären Altenpflege. Hier gilt es Strukturen zu entwickeln, die eine regelmäßige Teilnahme an den Angeboten ermöglichen. Die reine Organisation von Angeboten außerhalb der Einrichtungen und außerhalb der Arbeitszeit bleibt nach Aussage der bisher befragten Führungskräfte ohne Erfolg. Zu wenig Teilnehmer beteiligen sich an diesen Angeboten, und in vielen Fällen nehmen Beschäftigte an den Maßnahmen teil, die sich bereits eigenmotiviert für gesundheitliche Themen interessieren und einer gesünderen Lebensweise offen gegenüberstehen.

Zusammenfassung

Strukturierte Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, in der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege sind dringender denn je. Nicht nur der Pflegenotstand, auch die Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten sind hoch und führen zu gesundheitlichen Problemen. Die Fragestellungen z. B. durch die Verweildauer der Beschäftigten im Beruf, durch die Altersstruktur und die spezifischen arbeitsorganisatorischen Anforderungen müssen kreativ und erfolgsorientiert beantwortet werden.

Die Herausforderungen im Projekt POLKA und hier insbesondere im Bereich der Angebote für Beschäftigte liegen in der Umsetzung der präventiven Angebote und Maßnahmen. Ein strukturiertes und evidenzbasiertes Vorgehen kann ein erster Schritt für eine erfolgreiche Umsetzung sein.

Die im Projekt definierte Zielsetzung, nachhaltige Prozesse zu initiieren, die auch nach der Pilotphase in den Einrichtungen Bestand haben und fortgeführt werden können, ist ein hoher Anspruch, aber auch eine Verpflichtung aller Beteiligten im POLKA-Projekt.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Dr. Klaus Weiß

Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH
Blumenstraße 1
Bad Schönborn 76669
Deutschland
kwe@hd-ifg.de

Literatur

- [1] Holtermann A, Straker L, Lee IM et al. Workplace physical activity promotion: why so many failures and few successes? The need for new thinking. *British Journal of Sports Medicine* 2021; 55: 650–651
- [2] Huber G. Evidenz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung stärken. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al., Hrsg. Fehlzeitenreport 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten 2014; 311–320
- [3] Huber G, Weiß K. Assessment in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2020; 36: 212–218
- [4] Mulder L, Belay B, Mukhtar Q et al. Prevalence of Workplace Health Practices and Policies in Hospitals: Results From the Workplace Health in America Study. *American Journal of Health Promotion* 2020; 34: 867–875
- [5] Majeed A, Asanati K. Improving workplace health in the NHS. *BMJ: British Medical Journal (Online)* 2020; 368: m850
- [6] DRK; Deutsches Rotes Kreuz e. V. Status Quo, Chancen und Potentiale: Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeitenden in der DRK-Altenpflege 2019. Projektbericht unter https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK-Studie-Altenpflege_Status-Quo-Chancen-Potentiale_November-2019.pdf
- [7] Krupp E, Hielscher V, Kirchen-Peters S. (2020) Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (eds). *Pflege-Report 2019*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_8
- [8] Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S et al. *Pflege-Report 2019*, doi:10.1007/978-3-662-58935-9
- [9] Goetzel RZ, Henke RM, Tabrizi M et al. Do workplace health promotion (wellness) programs work? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2014; 56: 927–934
- [10] Huber G, Weiß K. Betriebliche Gesundheitsförderung – Trends und Forschungsupdate. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2015; 31: 6–9
- [11] Blümke M, Ziesche S, Köppel M et al. Heidelberg Health Score HHS 3.0. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2020; 15: 15–20

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER PFLEGE: ZIELE UND WIRKUNG

POLKA FACTSHEET

- Betriebliche Gesundheitsförderung gehört zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Rentenversicherung und der Berufsgenossenschaften.
- Pflegekräfte in der stationären Pflege älterer Menschen gehören zu den Berufsgruppen mit einer starken Beanspruchung und haben einen hohen Bedarf an betrieblicher Gesundheitsförderung.
- Herkömmliche Umsetzungsstrategien sind auf Grund der besonderen Zielgruppe und deren spezifischer Arbeitsplatzsituation wenig geeignet.
- Für fast die Hälfte aller Mitarbeiter*innen gibt es im Betrieb keine „Maßnahmen, um Ihnen bei Ihren berufsbedingten gesundheitlichen Belastungen zu helfen“ oder sie sind ihnen nicht bekannt.
- Dort, wo es diese gibt, werden sie nur zu 42 % der Befragten als sehr hilfreich empfunden. (DRK 2019)
- Die Analyse der internationalen Forschungsarbeiten ist eine wichtige Grundlage zu Entwicklung effektiver Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

EFFEKTIVE UND NACHHALTIGE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- muss integraler Bestandteil der Unternehmensstrategie sein.
- muss Teil einer partizipativen Organisationsentwicklung sein.
- muss in die Arbeitsabläufe integriert werden und aufsuchend sein.
- muss gesundheitsökonomisch evaluiert werden.
- muss „... wirksam und wirtschaftlich erbracht ...“ werden (SGB V §2 Abs. 4).

*Diese Kriterien werden noch zu wenig beachtet. Es werden noch zu wenige Unternehmen und noch zu wenige Mitarbeiter*innen erreicht, insbesondere derer mit einem hohen Bedarf.*

Definitiv haben die Pflegekräfte diesen hohen Bedarf!

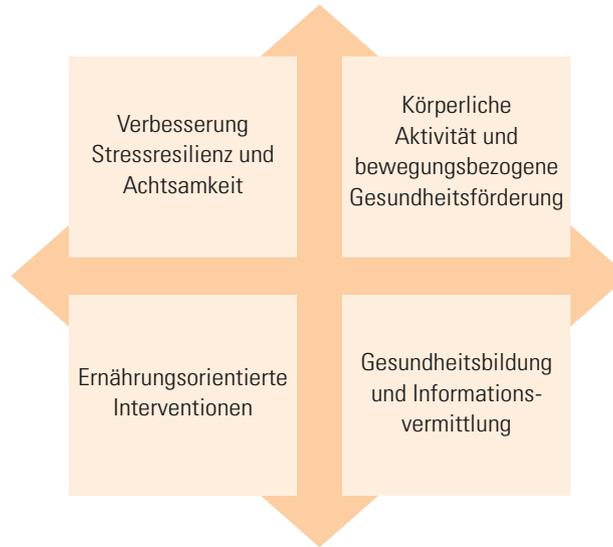
WAS SAGT DIE FORSCHUNG?

Für Deutschland ergibt sich eine ungenügende und sehr heterogene Forschungslage. Die Methodik ist ungenügend und die Ergebnisse lassen sich nicht übertragen.

vgl. Mojtabehzadeh N, Neumann F A, Augustin M, Zyriax B–C, Harth V, Mache S. Das Gesundheitsverhalten von Pflegekräften – aktueller Forschungsstand, Potenziale und mögliche Herausforderungen. Prävention und Gesundheitsförderung 2021; 16: 16–20.

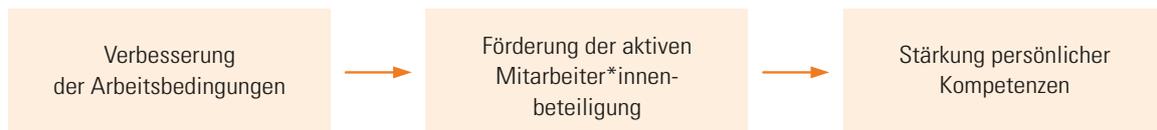
PFLEGESPEZIFISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Mit der Methode des „narrativen Reviews“ haben wir aus den internationalen Forschungsarbeiten die vier übergeordneten Aspekte herausgefiltert, die für die pflegespezifische Gesundheitsförderung besonders erfolgversprechend sind.



EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION

Für das über mehrere Jahre angelegte Forschungsprojekt POLKA bilden diese Befunde die Grundlage für die Gestaltung einer effektiven und nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung (<https://polka-gesundepflegebewegt.de/>). Insgesamt folgt das Projekt POLKA damit auch der vom European Network For Workplace Health Promotion geforderten Trias.



European Network For Workplace Health Promotion 2007; <https://www.enwhp.org/>

STRESSIMPFUNG DURCH KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

POLKA FACTSHEET

Jeder Mensch kennt Situationen, die Stress auslösen. Nach Daten der DAK-G fühlen sich über die Hälfte aller Beschäftigten „gestresst“. Bedrohlich und krankmachend wird dies aber erst, wenn diese Reize zu dicht aufeinanderfolgen und die notwendige Erholung nicht mehr möglich ist. Damit steigt auch die Zahl der stressbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeitstage. Dies habe nach Angaben des RKI zwischen 2008 und 2019 um 140 % zugenommen.

Stress steht in enger Verbindung mit der körperlichen Aktivität. Durch diese werden die durch die Stresshormone ausgelösten Stoffwechselprozesse mit der Vorbereitung für Kampf oder Flucht physiologisch sinnvoll abgebaut. Körperliche Fitness bereitet den Körper physiologisch auf stressinduzierte Energiebereitstellung vor, und körperliche Aktivität verwendet diese Energie genau für das, wofür es ursprünglich gedacht war. Dieser Mechanismus ist die Basis für die Wirksamkeit von körperlicher Aktivität als „Stressimpfung“ auf allen Ebenen der Stressreaktion und hat positive Auswirkungen auf die Wahrnehmung, Verarbeitung, Bewältigung der Stressreize und die Anfälligkeit für Stress.

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

- verbessert nicht nur die Gesundheit, sondern optimiert auch die Stressverarbeitung.
- baut Stresshormone und die bereitgestellte Energie sinnvoll ab.
- verbessert die stressspezifische Widerstandsfähigkeit.
- verbessert die Entspannungsfähigkeit.

BESONDERS WIRKSAM FÜR DIE STRESSREGULIERUNG IST DIE KOMBINATION AUS

- regelmäßiger körperliche Aktivität,
- Training und Verbesserung der Ausdauer,
- Training und Verbesserung der Kraft,
- einfachen Entspannungsübungen.

Körperliche Aktivität braucht nur wenig Zeit, um wirksam zu sein. Die Bewegungspyramide gibt Ihnen Empfehlungen, was, wie und wie viel Sie tun können, um mit der Stressbelastung besser umgehen zu können.



PFLEGEEINRICHTUNGEN ALS KOMPETENZZENTREN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG DURCH MULTIPLIKATION KÖRPERLICHER AKTIVITÄT

DIE STRESSPYRAMIDE



Literatur:

<https://www.dak.de/dak/gesundheit/gesundheitsreport-2020-stress-in-der-modernen-arbeitswelt-2365966.html>

Fuchs, R., & Klaperski, S. (2017). Stressregulation durch Sport und Bewegung. In R. Fuchs & M. Gerber (Ed.), Stressregulation und Sport. Heidelberg: Springer.

Gerber, M., Börjesson, M., Ljung, T., Lindwall, M., & Jonsdottir, I. (2016). Fitness moderates the relationship between stress and cardiovascular risk factors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 48, 2075–2081.



PFLEGEINRICHTUNGEN ALS KOMPETENZCENTREN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG DURCH MULTIPLIKATION KÖRPERLICHER AKTIVITÄT

Vision der Lotsen- und Expertentätigkeit im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung

Vision of Pilot and Expert Activity in the Field of Workplace Health Promotion

Janina Gassert, Klaus Weiß

Institut

Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH

Im Modellvorhaben POLKA sind sowohl für die Gesundheitsförderung der zu Pflegenden als auch für den Bereich der Mitarbeiter jeweils Tandems aus Lotsen und Experten vorgesehen. Die Aufgaben und inhaltlichen Schwerpunkte für die Tandems im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden im Folgenden dargelegt.

Der Lotse übernimmt eine steuernde Funktion, er ist für die bedarfsorientierte Betreuung der Beschäftigten federführend und übernimmt eine besondere Schlüsselrolle in der strukturellen Umsetzung des Projekts in der Einrichtung. Der Experte ist in ausführender Funktion für die Durchführung der jeweiligen Angebote zuständig.

Für die Tätigkeiten als BGF-Lotsen und -Experten werden differenzierte Qualifikationsvoraussetzungen festgelegt. Dies ist von Bedeutung, um eine Refinanzierung über die Projektphase hinaus zu sichern. Daher sind entsprechende Vorgaben, die sich aus dem § 20 b SGB V und dem Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben, zu berücksichtigen.

Der Vorteil in der Differenzierung der Aufgabenbereiche liegt in den damit verbundenen Anforderungen an die Personen selbst. Für die Lotsen und die Durchführung der Maßnahmen zur Förderung im Setting Betrieb gilt, dass diese in der Regel als Fachkraft mit einem staatlich anerkannten Studien- oder Berufsabschluss ausgebildet sind. Kenntnisse und Fähigkeiten in Public Health bzw. Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere zu den Bereichen Prozess- und Projektmanagement und Organisationsentwicklung, werden vorausgesetzt. Zusätzlich sind Systemkenntnisse der gesetzlichen Zuständigkeiten in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Kenntnisse über abgestimmte Vorgehensweisen der Sozialleistungsträger wünschenswert. Experten hingegen können (Bewegungs-)Fachkräfte sein, welche spezifische Qualifikationen und Grundlagen für die Durchführung der einzelnen Angebote aufweisen.

Wie ist die Tätigkeit der Lotsen zu beschreiben?

Der jeweilige Lotse ist im Wesentlichen ausgehend von einer Bedarfsanalyse für die BGM-Prozesssteuerung und die Organisation bzw. eigenverantwortliche Durchführung der Interventionen zuständig.

Die folgenden Aufgaben stehen hierbei an und werden nachfolgend etwas genauer aufgeführt:

- Prozesssteuerung
- Klärung der Bereitschaft für einen systematischen BGM-/BGF-Prozesses
- Implementierung eines Steuerkreises mit den einrichtungsinternen Akteuren (Leitung/Pflegedienstleitung/Träger/Betriebsrat/Mitarbeitervertretung/Qualitätsmanagement/...)
- Koordination der beteiligten internen und externen Parteien und Partner
- Durchführung, Vor- und Nachbereitung der Bedarfsanalysen („Assessment“)
- Maßnahmenplanung
- Planung und Realisation der Evaluation

Ein enger Kontakt mit der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung ist essenziell, um die Prozesse inhaltlich und organisatorisch zu gestalten. Eine stetige und klare Kommunikation mit den Führungskräften und den Beschäftigten stellt eine wesentliche Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dar.

Nach einem ersten Kennenlernen und der Absichtserklärung einer Einrichtung, im BGM-Bereich tätig zu werden, besteht der nächste Schritt meist aus einer Bedarfsanalyse, welche von den Lotsen betreut wird. Nach der Auswertung der Ergebnisse präsentiert und diskutiert der Lotse diese in Führungskräfte-Workshops und Mitarbeiter-Explorationsrunden. Im Anschluss findet eine allgemeine Information über die Ergebnisse für alle weiteren Mitarbeiter statt.

► **Tab. 1** Anforderungen und Aufgaben der BGF-Lotsen und -Experten.

Lotse		Experte	
Anforderung	Aufgaben	Anforderung	Aufgaben
Staatlich anerkannter Berufs-/ Studienabschluss	Prozesssteuerung im BGM-/ BGF-Bereich in der/n jeweiligen Einrichtung(en)	Staatlich anerkannter Berufs-/ Studienabschluss	Durchführung von Angeboten
Fähigkeiten und Kenntnisse im BGF-Bereich (Fachberater BGM)	Supervision/Durchführung der Situations- und Bedarfsanalysen	Einschlägige Qualifikationen in DVGS-Modulen	Ansprechpartner für die Mitarbeiter der Einrichtung
Erfahrung in Prozess- und Organisationsentwicklung	Mitarbeit an der Entwicklung und Durchführung der BGF-Maßnahmen in der/n Einrichtung(en)	Wenn möglich ZPP-Qualifikationen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entspannung/Stressbewältigung ▪ Normalgewicht/Ernährung ▪ Rückengesundheit/sitzender Lebensstil ▪ Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz 	
Erfahrung in der Moderation von Workshops und Gruppen	Ansprechpartner für eine oder mehreren Einrichtungen für das Projekt POLKA		
Flexibilität	Rekrutierung und Einweisung von Bewegungsexperten, welche die Maßnahmen durchführen		
Technisch versiert (z. B. für digitale Angebote)			

Im Zuge dessen ist es die Aufgabe des Lotsen, die bedarfsgerechte Auswahl, Entwicklung und Durchführung der Angebote zu steuern. Der Einstieg in die niederschweligen Programme erfolgt im Optimalfall über die AKTIVPause und das Angebot Fit am Arbeitsplatz. In beiden Angeboten werden Grundlagen der Bewegungsförderung abgedeckt, und die Teilnehmer finden in Kombination mit ihren persönlichen Testergebnissen aus dem HHS 3.0 + Pflege das passende Angebot für ihre Bedürfnisse. Hier kann und soll vor allem der Lotse selbst als Experte fungieren, um die Teilnehmer beim Findungsprozess zu betreuen.

Wie werden die Experten im Projekt eingesetzt?

Die Experten werden nach Bedarf für die Angebote durch die Lotsen rekrutiert. Sie können verschiedene Fachkräfte aus dem direkten Umfeld der Einrichtung sein, welche die entsprechenden Grundlagenqualifizierungen aufweisen. Sie werden dann in einem zielgruppenadäquaten Multiplikatoren-Schulungskonzept in die jeweiligen Angebote und deren Durchführung eingewiesen.

Die Experten können durch ihre potenzielle Nähe zu und ihrer Bekanntschaft in den Einrichtungen außerdem als wichtige Ansprechpartner für die Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter wirken. Diese werden in Absprache mit den Lotsen in der weiteren Konzeption und Durchführung des Projekts in der Einrichtung berücksichtigt.

In (► **Tab. 1**) sind die Anforderungen und Aufgaben (Stand: März 2021) für Lotsen und Experten zusammengefasst. Die Einweisung in das Projekt POLKA und für die einzelnen Angebote erfolgt zeitnah zum entsprechenden Einsatz.

Sie haben Interesse an dem Projekt und könnten sich in der Funktion als Lotse oder Experte Ihrer Region sehen? Kontaktieren Sie das Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH unter: bgm@hd-ifg.de und teilen Sie uns mit, warum Sie für die Stelle geeignet sind.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Janina Gassert

Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH
 Bergheimer Straße 147
 69115 Heidelberg
 Deutschland
jga@hd-ifg.de

Bedarfe für körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen: Leistungsfähigkeit und Sensitivität

Needs for Physical Activity among Patients in Inpatient Care Facilities: Performance versus Sensitivity

Autor

Maximilian Köppel^{1, 2}

Institute

- 1 Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen
- 2 Medizinische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg

Stichworte

Altenpflege, Geriatrie, Bewegungstherapie, Gesundheitsförderung

Key words

Elderly care, geriatrics, exercise therapy, health promotion

Bibliografie

Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2021; 37: 44–49

DOI 10.1055/a-1490-7120

ISSN 1613-0863

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

ZUSAMMENFASSUNG

Durch den demografischen Wandel wird die Anzahl von Pflegeheimbewohnern in der Zukunft weiter ansteigen. Die Heimbewohner weisen eine extrem niedrige körperliche Leistungsfähigkeit auf, welche durch gezielte bewegungstherapeutische Maßnahmen adressiert werden kann. Insbesondere die konditionellen Fähigkeiten sind auch bei Hochbetagten gut trainierbar. Für die Zukunft müssen die Pflegeheime dringend auf körperliches Training und Bewegungsförderungsmaßnahmen zurückgreifen.

ABSTRACT

Due to demographic change, the number of nursing home residents will continue to increase in the future. The home residents have an extremely low level of physical performance, which can be addressed through targeted exercise therapy measures. In particular, the conditional skills are easy to train even in the case of very old residents. For the future, the nursing homes urgently need to resort to physical training and physical activity promotion measures.

Einleitung

Historische britische Sterberegisterdaten, welche bis ins 16. Jahrhundert zurückreichen, zeigen, dass die mittlere Lebenserwartung von Menschen bis ins frühe 19. Jahrhundert nur in wenigen Ausnahmen über 40 Jahren lag [1]. Dank verbesserter medizinischer Versorgung und Hygienezustände konnte sich die Lebenserwartung seit dem frühen 19. Jahrhundert mit einer Wachstumsrate von etwa 2,5 Lebensjahren pro Dekade auf etwa 80 Jahre verdoppeln [1] (Siehe auch [2]). Diese kontinuierlich steigende Lebenserwartung hält bis heute an, sodass Schätzungen davon ausgehen, dass das durchschnittliche Sterbealter 2050 bei bereits über 90 Jahren liegen könnte [3]. Mit dieser zu erwartenden Zunahme Hochbetagter geht allerdings auch ein Anstieg Pflegebedürftiger einher. Im Jahr 2019 berichtet das statistische Bundesamt für die Bundesrepublik insgesamt 4,1 Millionen Pflegebedürftige [4], wovon sich 20 % in vollstationärer und 24 % ambulanter Betreuung befinden. Die verbleibenden 56 % werden vorwiegend durch Angehörige ge-

pflegt [4]. Die knapp 2 Millionen Menschen, die nicht durch ihre Angehörigen gepflegt werden, verteilen sich auf etwa 15000 Pflegeeinrichtungen und ebenso viele ambulante Pflegedienste [5]. Ende 2019 waren vier von fünf Pflegebedürftige über 65 Jahre alt, ein Drittel mindestens 85. Die Daten des statistischen Bundesamts zeigen auch, dass mit dem Altersanstieg eine höhere Pflegewahrscheinlichkeit einhergeht. So werden für die 70–75-Jährigen lediglich 8 % der Population als pflegebedürftig eingestuft, bei den über 90-Jährigen bereits drei Viertel [4]. Dementsprechend stehen Lebensquantität und -qualität in einem Konflikt. Es stellt sich somit nicht nur die Frage danach, dem Leben mehr Jahre, sondern den Jahren auch mehr Leben zu geben. Ein wichtiger Indikator für die Gesundheit, Lebensqualität und körperliche Funktionsfähigkeit (Hoch-)Betagter ist die körperliche Fitness. Beispielsweise konnten Laudisio und Kollegen zeigen, dass Muskelkraft ein signifikanter Prädiktor der Lebensqualität Hochbetagter darstellt [6]. Auch hinsichtlich deren kognitiver Gesundheit zeigen die Ergebnisse der

prospektiven Leiden 85+ Studie, dass die Handkraft im Alter von 85 Jahren die kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit in den Folgejahren vorhersagt [7]. In derselben Kohorte konnte zudem beobachtet werden, dass die Versterbewahrscheinlichkeit sowohl mit der Griffkraft als auch mit der Veränderung der Griffkraft innerhalb des Beobachtungszeitraumes assoziiert ist [8]. Körperliches Training mit dem Ziel, die motorischen Fähigkeiten zu verbessern, erscheint daher als vielversprechende Maßnahme, um die Lebensqualität und Funktionsfähigkeit älterer Menschen und Pflegeheimbewohner zu optimieren und möglicherweise sogar die Lebenserwartung zu erhöhen.

Die vorliegende selektive Übersichtsarbeit besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil soll ergründet werden, welche Charakteristika die Studienkohorten aufweisen und inwieweit diese Studienpopulation auf die Gesamtheit der Pflegebewohner generalisiert werden kann. Der zweite Teil diskutiert die Effektivität von körperlichem Training und Bewegungsinterventionen für Pflegeheimbewohner, basierend auf einer Auswahl von vier systematischen Übersichtsarbeiten.

Methoden

Eingeschlossen wurden vier in den vergangenen zehn Jahren publizierte systematische Übersichtsarbeiten [9–12], welche die Wirksamkeit von Bewegungsinterventionen bei Pflegeheimbewohnern betrachteten. Für den ersten Teil der Arbeit wurden die in den Übersichtsarbeiten eingeschlossenen Originalstudien extrahiert. Aus den Originalarbeiten wurden Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen, Anteil Demenzerkrankter sowie Interventionstyp und eine Auswahl von Testscores extrahiert. Die Auswahl der Testscores basierte hierbei darauf, ob die Tests über mehrere Studien hinweg zum Einsatz kamen. Zur Darstellung der Populationsmerkmale werden der Median der Studienmittelwerte sowie deren Interquartilsabstand (Interquartilsrange IQR) und die gesamte Range der Mittelwerte berichtet.

Die vier initial ausgewählten Übersichtsarbeiten stellen auch die Daten für den zweiten Teil der Arbeit, welcher sich mit der Effektivität von Bewegungsinterventionen auseinandersetzt.

Ergebnisse

Teil 1: Funktionszustand der Studienpopulationen

Insgesamt wurden 49 Originalarbeiten mit insgesamt 117 Studienarmen in den Übersichtsarbeiten identifiziert und für die weitere Analyse übernommen [13–61]. Die mittleren Alter der Studien variieren von 70 bis 90 Jahren mit einem gewichteten Mittel von 82 Jahren. Der Anteil von Frauen in den Studien liegt bei durchschnittlich zwei Drittel, wobei es sowohl Studien gibt, in denen lediglich Frauen und Studien, in denen lediglich Männer eingeschlossen wurden. In 13 % der Studien wurden ausschließlich an Demenz leidende Menschen eingeschlossen, 19 % untersuchten ein Kollektiv, an welchem zumindest ein Teil der Studienteilnehmer demenziell erkrankt ist, in den verbleibenden Studien wurde der Anteil demenzieller Patienten nicht explizit berichtet. Im Hinblick auf die kognitive Gesundheit fand der Mini-Mental-State-Exam (MMSE) Fragebogen mit Einsatz in 32 (65 %) der Arbeiten am häufigsten

Verwendung. Die mittleren MMSE-Scores der Stichproben reichen von 5 bis 27 bei einem Median von 18 (IQR = 13–22). Hinsichtlich der Interventionen wurde am häufigsten Krafttraining oder ein multimodales Training mit Kraftanteilen durchgeführt. Insgesamt muss jedoch die Qualität, mit welcher die Trainingsinterventionen beschrieben wurden, als niedrig eingestuft werden.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Das mit 12 (24 %) Nennungen am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung der ADL stellt der Barthel-Index dar, der von 0 bis 100 reicht, wobei ein Wert von 100 indiziert, dass eine Person in der Lage ist, selbstständig zu essen, sich anzuziehen, sich fortzubewegen und Körperpflege zu betreiben [62].

Innerhalb dieser Studien lag der Median bei 59,5 (IQR = 52–70) und variierte von 20 bis 90. Damit fallen die Mehrheit der Studienmittel in den oberen Indikationsbereich der geriatrischen Rehabilitation (Barthel-Index 30–70 [63]) und sind damit mit einer mittleren Pflegebedürftigkeit zu bemessen.

Depressivität

Das meisteingesetzte Instrument zur Erfassung der Depressivität der untersuchten Patienten war die Geriatrische Depressionsskala (GDS) in 6 (12 %) der Studien. Der GDS besteht aus 15 dichotom (ja/nein) skalierten Items, die summiert werden und in drei Kategorien (unauffällig, leichte bis mäßige Depression und schwere Depression) klassifiziert werden. Im Median zeigen die Kohorten einen Wert von 4,4 (IQR = 3,7–5,4), was gut die Range der Mittelwerte wiedergibt (2,7–6,1). Die Studienmediane liegen damit im unauffälligen bis leichten Bereich.

Gleichgewicht

Stürze sind ein zentrales Risiko für die Gesundheit und die fernere Überlebenschance älterer Menschen, konkret können 12 % aller Todesfälle älterer Menschen auf Stürze zurückgeführt werden und stellen die sechsthäufigste Todesursache in dieser Altersgruppe dar [64]. Ein wichtiger Prädiktor der Sturzwahrscheinlichkeit ist das Gleichgewicht. In einer 21 Validierungsstudien umfassenden Übersichtsarbeit [65] konnte gezeigt werden, dass das Gleichgewicht, gemessen durch die Berg Balance Scale (BBS), eine mittlere Sensitivität und Spezifität von 72 bzw. 73 % bei einem Cut-Off-Wert von etwa 45–49 hinsichtlich der Vorhersage von Stürzen besitzt. Der Berg Balance Score wurde in 6 (12 %) Arbeiten erhoben. Im Mittel kamen die Patienten auf einen BBS von 35 Punkten (IQR = 26–37) bei einer Range der Studienmittelwerte von 19 bis 49 und sind damit erhöht Sturzgefährdet.

Gangkinematik

Knapp die Hälfte aller Stürze älterer Menschen passieren während des Gehens [64, 66]. 5 % dieser Stürze resultieren in Frakturen, weitere 5–10 % gehen mit schweren Verletzungen einher, die medizinisch versorgt werden müssen [64]. Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass die Sturzwahrscheinlichkeit eng mit verschiedenen gangkinematischen und -dynamischen Parametern assoziiert ist [65, 66]. In 8 (16 %) der Studien wurde die Ganggeschwindigkeit erhoben. Hierbei muss allerdings angemerkt werden, dass eine Synthese der Daten nicht möglich war, da in vielen Fällen nicht eindeutig erkennbar war, ob die Maximalgeschwindigkeit oder die übliche Gangge-

schwindigkeit der Teilnehmer erhoben wurde. Die Werte variieren daher zwischen $0,12$ und $1,6 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$. Nichtsdestotrotz ist eine mittlere Ganggeschwindigkeit von $0,12 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$ als höchst problematisch zu betrachten. Beispielsweise konnten Quak et al. [67] an einer 600 Personen umfassenden Stichprobe älterer Erwachsener einen deutliche Sturzrisikohöherung mit abfallender Ganggeschwindigkeit beobachten. Interessanterweise fanden die Autoren allerdings auch einen Anstieg des Sturzrisikos bei Geschwindigkeiten von über $1,3 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$, was gegebenenfalls auf eine höhere Risikobereitschaft und ein höheres Maß an körperlicher Aktivität bei hochfunktionalen älteren Personen zurückzuführen ist. In seiner prädikativen Power zur Ganggeschwindigkeit vergleichbarer und in der Geriatrie sehr etablierter Test ist der Timed-Up and Go Test (TuG) [68]. Der TuG wurde in 8 (16 %) der Studien erhoben. Im Mittel benötigten die Studienteilnehmer 27 Sekunden. Die Studienmittel variierten zwischen 14 und 49 Sekunden. Hiermit zeigen alle Studienkohorten eine im Mittel deutlich erhöhte Sturzwahrscheinlichkeit und massive Mobilitätseinschränkungen. Verglichen mit der Meta-Analyse benötigten die hier betrachteten Kohorten im Median etwa 2,5- bis 3-mal so lange wie die altersentsprechenden Referenzwerte [69].

Ausdauerfähigkeit

Ein einfacher und bewährter Test zur Erfassung der Ausdauerleistungsfähigkeit ist der 6-Minute-Walk-Test (6MWT). In 4 (8 %) der Studien wurde der 6MWT erhoben. Im Median kamen die Teilnehmer auf 180 Meter (IQR = 131–243). Die Range der Studienmittelwerte reichte hierbei von 90 bis 422 Metern. Yamashita und Kollegen konnten in einer prospektiven Studie mit Patienten vor einer Lebertransplantation und bei einem mittleren Alter von 86 Jahren zeigen, dass jene Patienten, die in ein postoperatives Delirium fielen, deutlich kürzere Strecken im 6MWT zurücklegten [70]. Im Mittel kamen die betroffenen Patienten auf 178 Meter und entsprechen damit dem Median der hier betrachteten Studien.

Kraftfähigkeit

Inzwischen existiert eine große Datenlage hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Kraftfähigkeit, Morbidität und Mortalität. In einer 39 Studien mit knapp 40000 chronisch Kranken umfassenden systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die schwächsten Teilnehmer der einzelnen Studien ein um etwa 80 % höheres Versterberisiko besitzen als die stärkste Gruppe. Neben der höheren Sterblichkeit ist es zudem doppelt so wahrscheinlich für diese Personen, an einer kritischen Krankheit zu erkranken [71]. Insbesondere für die Handkraft liegen Daten aus groß angelegten Kohortenstudien wie der 140000 Teilnehmer umfassenden PURE Studie vor, derzufolge eine Reduktion von 5 kg Griffkraft mit einer 16 %-igen Erhöhung der Versterbewahrscheinlichkeit einhergeht [72]. Trotz dieser hohen Bedeutung der Handkraft wurde diese in lediglich 4 (8 %) der Studien erhoben. Davon berichteten 3 Studien die Handkraft in kg und eine Studie in kPA. In einer Kohorte kamen beide Studienarme im Mittel auf weniger als 12 kg, die Mittelwerte der beiden anderen Kohorten lagen mit Werten von 19–23 kg beinahe doppelt so hoch. In den Arbeiten fanden sich auch viele weitere Krafttests, die allerdings nur in dem Kontext interpretiert werden können, in dem sie erhoben wurden und keine Zwischenstudienvergleiche ermöglichen.

Teil 2: Wirksamkeit von Bewegungsinterventionen

Die Arbeit von Crocker und Kollegen [10] konnte 14 Studien mit 15 Interventionsarmen identifizieren. Die mediane Interventionsdauer der Studien betrug 4 Monate, variierte zwischen 10 Wochen und 12 Monaten und wurden mit Ausnahme einer Studie, in welcher die Patienten 6 Trainingseinheiten pro Woche absolvierten, 2- bis 3-mal wöchentlich durchgeführt. Die Studien zeigen einen mittleren Effekt von $d = 0,24$ (95 %-KI = $0,11-0,38$, $p < .001$), was in etwa 6,5 Punkten des Barthel-Scores und damit 6,5 Prozentpunkten entspricht. Dieser Effekt liegt knapp unterhalb der klinischen Bedeutsamkeit, wie sie beispielsweise für Schlaganfallpatienten mit 7,25–9,25 definiert wird [10]. Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse konnte allerdings gezeigt werden, dass der Effekt sich in etwa halbiert, werden lediglich Studien mit niedrigen Drop-Out-Raten (< 20 %) und über 100 Teilnehmern eingeschlossen. Innerhalb der Subgruppenanalysen zeigte sich außerdem, dass die Interventionen, die über 3 Monate anhielten, im Mittel etwa 3-mal so effektiv waren wie die kürzeren Interventionen, wengleich der Unterschied statistische Signifikanz verfehlt.

Weening-Dijksterhuis et al. [12] schlossen 27 Studien ein, welche die Wirksamkeit körperlichen Trainings auf 8 relevante Endpunkte bei gebrechlichen (frail) Pflegeheimbewohnern untersuchten. Zu diesen 8 Endpunkten gehörten motorische Parameter (Kraftfähigkeit, Beweglichkeit, Ausdauerfähigkeit, Gleichgewichtsfähigkeit und Koordination), funktionelle Parameter (körperliche Funktionsfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens) und die Lebensqualität. Hinsichtlich der motorischen Fähigkeiten zeigen die Studien moderate ($0,2 < d < 0,5$) bis sehr große Effekte ($d > 0,8$). Insbesondere die beiden konditionellen Fähigkeiten (Kraftfähigkeit und Ausdauerfähigkeit) scheinen eine besonders große Sensitivität in dieser vulnerablen Population zu besitzen. Eine Effektstärke für die Koordinationsfähigkeit konnte in lediglich einer Studie berechnet werden. Hier schnitt die Interventionsgruppe schlechter als die Kontrollgruppe ab.

Im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens liegt eine gewisse Heterogenität vor, die von einer negativen Effektstärke bis zu starken Effekten zugunsten der Interventionsgruppe reicht. Der tatsächliche Effekt ist hier wohl im moderaten Bereich zu verorten. Hinsichtlich der Lebensqualität ist die Datenlage ebenfalls heterogen, weswegen die Autoren keine Schlussfolgerung ziehen und es auf die Heterogenität der Einzelinterventionen zurückführen. Das besondere an der Arbeit von Weening-Dijksterhuis und Kollegen ist, dass sie versuchen, konkrete Trainingsempfehlungen aus den vorliegenden Daten abzuleiten. Betrachtet wurden hierzu Studien mit großen und sehr großen Effekten ($0,5 < d > 0,8$ & $d > 0,8$). Dabei zeigte sich allerdings kein eindeutiger Trend, der auf eine spezifische Komposition des Trainings zurückgeführt werden konnte. Für die Kraftfähigkeit lässt sich allerdings festhalten, dass die gewählten Studien alle eine Progression der Trainingsvolumina beinhalteten und 3-mal wöchentlich stattfanden.

Die explizite Wirkung eines Krafttrainings für Pflegeheimbewohner wurde in der Übersichtsarbeit von Valenzuela [11] untersucht. In dieser Arbeit wurden 13 Arbeiten identifiziert. Die Autorin berichtet, dass in keiner der eingeschlossenen Arbeiten schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse berichtet wurden, die auf das Training zurückzuführen sind. Dabei wurde in allen eingeschlossenen Studien eine positive Wirkung des Trainings auf die Kraftfähigkeit

beobachtet. Hinsichtlich der Trainingsintensität zeigen sich insbesondere beim hochintensiven Krafttraining (80 % 1RM) beeindruckende Zuwächse des muskulären Drehmomentes von 50–280 % verglichen mit der Kontrollgruppe. Hierbei ist zu beachten, dass in einigen der untersuchten Studien Funktionsverluste in den Teilnehmern der Kontrollgruppen zu beobachten waren. Die Menschen in der Interventionsgruppe gewannen daher nicht nur Kraft, sondern konnten hiermit der alters- und inaktivitätsbedingten Degeneration aktiv entgegenwirken.

Die Übersichtsarbeit von Brett und Kollegen [9] befasst sich explizit mit Menschen mit Demenz, die in Altenheimen leben. Insgesamt konnten für die Arbeit 12 Interventionsstudien mit insgesamt 14 Interventionsarmen gefunden werden. In der Hälfte der Studien wurde ein multimodales Training durchgeführt, 5 Interventionsarme bestanden aus einer Walking Intervention, 2 Arme führten ein musikbegleitetes Training durch und in einer Studie wurden Handübungen durchgeführt. Die mittlere Dauer der Interventionen lag bei 17 Wochen und einer Range von 4 bis 52 Wochen. Die mediane Interventionshäufigkeit lag bei 5 Trainingseinheiten pro Woche und einer medianen Dauer von 30 Minuten. Die Compliance der Studien streute enorm und reichte von einem Drittel bis 100 %. Die meisten der betrachteten Studien fanden positive Effekte körperlichen Trainings auf physische Parameter wie Mobilität und die körperliche Funktionsfähigkeit, aber auch auf psychologische Parameter wie Kognition, Stimmung und Unruhe.

Fazit

Körperliches Training ist auch für Pflegeheimbewohner effektiv. Insbesondere im Hinblick auf die konditionellen Fähigkeiten scheint Training vielversprechende Wirkungen zu erzielen. Gerade durch die enorme Dekonditionierung, unter welcher die Pflegebedürftigen leiden, entsteht ein enormer Bedarf an entsprechenden Aufbauinterventionen. Die Dekonditionierungen selbst können auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits besitzt das vorab erworbene Fitnesslevel einen protektiven Effekt im Hinblick auf den späteren Funktionsverlust [73]. Des Weiteren zeigt sich mit dem Alter eine Reduktion des körperlichen Aktivitätsniveaus [74]. Mit der Einweisung in die Pflegeeinrichtung erfährt das Aktivitätsniveau einen massiven Einbruch [75]. Natürlich muss hierbei berücksichtigt werden, dass die Einweisung in eine Pflegeeinrichtung nicht grundlos geschieht, sondern in einem Verlust von Funktionsfähigkeit und Autonomie, womit auch eine Reduktion der körperlichen Aktivität einhergeht, begründet liegt. Wie aus den Originalstudien hervorgeht, ist der motorische Zustand der Patienten als sehr kritisch zu betrachten und indiziert ein hohes Sturzrisiko, die Zurückhaltung und Schonung ist damit durchaus nachvollziehbar. Gerade in Anbetracht dessen, dass den älteren Menschen in der Pflegeeinrichtung die Lebensumstände vereinfacht werden, sollten die freigewordenen Ressourcen der Bewohner in den Bereich der Gesundheitsförderung kanalisiert werden. Hierzu ist jedoch eine Veränderung des Settings und der Angebote sowie die Beschäftigung qualifizierter Bewegungsfachkräfte notwendig. In einer Übersichtsarbeit konnten insgesamt 61 Faszilitatoren und 59 Barrieren gegenüber körperlicher Aktivität seitens Älterer identifiziert werden [38]. Hierzu gehören neben einem einfachen Zugang zu Bewegungsinterventionen auch die Vermittlung von Ef-

fekt- und Handlungswissen. Diese Erkenntnisse müssen in die Versorgung betagter Menschen einfließen, damit die Menschen aus intrinsischen Motiven körperliche Aktivität wählen.

Für das Jahr 2050 wird eine durchschnittliche Lebenserwartung von 90 Jahren erwartet [3]. Beachtet man hierzu die eingangs angeführten Zahlen des Statistischen Bundesamts, wonach 75 % der über 90-jährigen pflegebedürftig sind [4], wird die Altenpflege in der Zukunft keine Ausnahme, sondern die Regel darstellen. Aktuell liegt die fernere mediane Überlebensdauer nach Einweisung in eine Pflegeeinrichtung bei 2 Jahren. Lediglich ein Drittel der Menschen überleben mehr als drei Jahre im Pflegeheim [76]. In Anbetracht der Bedarfsschwemme der kommenden Jahrzehnte sind diese Zahlen höchst beunruhigend. Daher müssen die existierenden Strukturen dringend überdacht und modifiziert werden, um den Menschen auch in der letzten Lebensphase ein würdiges Dasein zu ermöglichen.

Danksagung

Der Autor dankt Herrn Janik Scheer (DVGS e. V.) für die Unterstützung bei der Erstellung des Manuskripts.

Interessenkonflikt

Der Autor ist Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA wird der Autor durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Maximilian Köppel

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V.
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth-Efferen
Deutschland
maximilian.koepfel@outlook.de

Literatur

- [1] Roser M, Ortiz-Ospina E, Ritchie H. Life expectancy. In: Our World in Data. 2013
- [2] Köppel M. Lebensstilerkrankungen können zu Rückgang der Lebenserwartung beitragen. In: DVGS Blog; 2019
- [3] Bomsdorf E. Life expectancy in Germany until 2050. *Experimental Gerontology* 2004; 39: 159–163
- [4] Destatis. Pressemitteilung Nr. 507 vom 15. Dezember 2020. In: Bundesamt S ed; 2020
- [5] Destatis. Pflegeheime und ambulante Pflegedienste. In: Statistisches Bundesamt; 2020
- [6] Laudisio A, Giovannini S, Finamore P et al. Muscle strength is related to mental and physical quality of life in the oldest old. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2020; 89: 104109

- [7] Taekema DG, Gussekloo J, Maier AB, Westendorp RGJ, de Craen AJM. Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old. *Age and ageing* 2010; 39: 7–5
- [8] Ling CH, Taekema D, De Craen AJ et al. Handgrip strength and mortality in the oldest old population: the Leiden 85-plus study. *Cmaj* 2010; 182: 429–435
- [9] Brett L, Traynor V, Stapley P. Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 104–116
- [10] Crocker T, Young J, Forster A et al. The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. *Age and ageing* 2013; 42: 682–5
- [11] Valenzuela T. Efficacy of progressive resistance training interventions in older adults in nursing homes: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13: 418–428
- [12] Weening-Dijksterhuis E, de Greef MH, Scherder EJ, Slaets JP, van der Schans CP. Frail institutionalized older persons: A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living, and quality-of-life. *Am J Phys Med Rehabil* 2011; 90: 156–168
- [13] Baum EE, Jarjoura D, Polen AE, Faur D, Rutecki G. Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility: a randomized pilot trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 2003; 4: 74–80
- [14] Brill PA, Jensen RL, Koltyn KF et al. The feasibility of conducting a group-based progressive strength training program in residents of a multi-level care facility. *Activities Adaptation & Aging* 1997; 22: 3–63
- [15] Brill PA, Matthews M, Mason J et al. Improving functional performance through a group-based free weight strength training program in residents of two assisted living communities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 1998; 15: 57–69
- [16] Christofletti G, Oliani MM, Gobbi S et al. A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia. *Clinical Rehabilitation* 2008; 22: 618–626
- [17] Cott CA, Dawson P, Sidani S, Wells D. The effects of a walking/talking program on communication, ambulation, and functional status in residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2002; 16: 81–87
- [18] Dorner T, Kranz A, Zettl-Wiedner K et al. The effect of structured strength and balance training on cognitive function in frail, cognitive impaired elderly long-term care residents. *Ageing Clinical and Experimental Research* 2007; 19: 400–405
- [19] Dyer CA, Taylor GJ, Reed M et al. Falls prevention in residential care homes: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2004; 33: 596–602
- [20] Eggermont L, Swaab D, Hol E, Scherder E. Walking the line: a randomised trial on the effects of a short term walking programme on cognition in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2009; 80: 802–804
- [21] Eggermont LH, Blankevoort CG, Scherder EJ. Walking and night-time restlessness in mild-to-moderate dementia: a randomized controlled trial. *Age and ageing* 2010; 39: 746–749
- [22] Faber MJ, Bosscher RJ, MJCA Paw, van Wieringen PC. Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: a multicenter randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2006; 87: 885–896
- [23] Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine* 1994; 330: 1769–1775
- [24] Fisher NM, Pendergast DR, Calkins E. Muscle rehabilitation in impaired elderly nursing home residents. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 1991; 72: 181–185
- [25] Hauer K, Pfisterer M, Schuler M, Bärtsch P, Oster P. Two years later: a prospective long-term follow-up of a training intervention in geriatric patients with a history of severe falls. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2003; 84: 1426–1432
- [26] Hinkka K, Karppi S-L, Pohjolainen T et al. Network-based geriatric rehabilitation for frail elderly people: feasibility and effects on subjective health and pain at one year. *Journal of rehabilitation medicine* 2007; 39: 473–478
- [27] Hruza KV, Hicks AL, McCartney N. Training for muscle power in older adults: effects on functional abilities. *Canadian Journal of Applied Physiology* 2003; 28: 178–189
- [28] Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities: a cluster randomized trial. *Annals of internal medicine* 2002; 136: 733–741
- [29] Jensen J, Nyberg L, Rosendahl E, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Effects of a fall prevention program including exercise on mobility and falls in frail older people living in residential care facilities. *Ageing clinical and experimental research* 2004; 16: 283–292
- [30] Kemoun G, Thibaud M, Roumagne N et al. Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2010; 29: 109–114
- [31] Lazowski D-A, Ecclestone NA, Myers AM et al. A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences* 1999; 54: M621–M628
- [32] Hk Littbrand, Rosendahl E, Lindelöf N et al. A high-intensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily living and living in residential care facilities: evaluation of the applicability with focus on cognitive function. *Physical therapy* 2006; 86: 489–498
- [33] Lord SR, Castell S, Corcoran J et al. The effect of group exercise on physical functioning and falls in frail older people living in retirement villages: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51: 1685–1692
- [34] Luttenberger K, Donath C, Uter W, Graessel E. Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012; 60: 830–840
- [35] Makita M, Nakadaira H, Yamamoto M. Randomized controlled trial to evaluate effectiveness of exercise therapy (Takizawa Program) for frail elderly. *Environmental health and preventive medicine* 2006; 11: 221–227
- [36] Mulrow CD, Gerety MB, Kanten D et al. A randomized trial of physical rehabilitation for very frail nursing home residents. *Jama* 1994; 271: 519–524
- [37] Nowalk MP, Prendergast JM, Bayles CM, D'Amico FJ, Colvin GC. A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: the FallsFREE program. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001; 49: 859–865
- [38] Baert V, Goris E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. *Ageing Res Rev* 2011; 10: 464–474
- [39] Ouslander JG, Griffiths PC, McConnell E et al. Functional incidental training: a randomized, controlled, crossover trial in Veterans Affairs nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53: 1091–1100
- [40] Paw MJCA, van Poppel MN, Twisk JW, van Mechelen W. Effects of resistance and all-round, functional training on quality of life, vitality and depression of older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial [ISRCTN87177281]. *Bmc geriatrics* 2004; 4: 1–9

- [41] MJCA Paw, van Poppel MN, van Mechelen W. Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial. *BMC geriatrics* 2006; 6: 1–9
- [42] Resnick B, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S et al. Nursing home resident outcomes from the Res-Care intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009; 57: 1156–1165
- [43] Roach KE, Tappen RM, Kirk-Sanchez N, Williams CL, Loewenstein D. A randomized controlled trial of an activity specific exercise program for individuals with Alzheimer disease in long-term care settings. *Journal of geriatric physical therapy* (2001) 2011; 34: 50
- [44] Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A et al. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007; 55: 158–165
- [45] Rosendahl E, Lindelöf N, Littbrand H et al. High-intensity functional exercise program and protein-enriched energy supplement for older persons dependent in activities of daily living: a randomised controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy* 2006; 52: 105–113
- [46] Sackley CM, van den Berg ME, Lett K et al. Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. *Bmj* 2009; 339: b3123
- [47] Santana-Sosa E, Barriopedro M, Lopez-Mojares LM, Pérez M, Lucia A. Exercise training is beneficial for Alzheimer's patients. *International journal of sports medicine* 2008; 29: 845
- [48] Schoenfelder DP, Rubenstein LM. An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Applied Nursing Research* 2004; 17: 21–31
- [49] Seynnes O, Fiatarone Singh MA, Hue O et al. Physiological and functional responses to low-moderate versus high-intensity progressive resistance training in frail elders. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2004; 59: M503–M509
- [50] Shimada H, Uchiyama Y, Kakurai S. Specific effects of balance and gait exercises on physical function among the frail elderly. *Clinical rehabilitation* 2003; 17: 472–479
- [51] Sihvonen SE, Sipilä S, Era PA. Changes in postural balance in frail elderly women during a 4-week visual feedback training: a randomized controlled trial. *Gerontology* 2004; 50: 87–95
- [52] Stevens J, Killeen M. A randomised controlled trial testing the impact of exercise on cognitive symptoms and disability of residents with dementia. *Contemporary nurse* 2006; 21: 32–40
- [53] Tappen RM. The effect of skill training on functional abilities of nursing home residents with dementia. *Research in nursing & health* 1994; 17: 159–165
- [54] Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W, Dom R. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical rehabilitation* 2004; 18: 253–260
- [55] Venturelli M, Lanza M, Muti E, Schena F. Positive effects of physical training in activity of daily living-dependent older adults. *Experimental aging research* 2010; 36: 190–205
- [56] Venturelli M, Magalini A, Scarsini R, Schena F. From Alzheimer's disease retrogenesis: a new care strategy for patients with advanced dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2012; 27: 483–489
- [57] Venturelli M, Scarsini R, Schena F. Six-month walking program changes cognitive and ADL performance in patients with Alzheimer. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2011; 26: 381–388
- [58] Williams C, Tappen R. Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health* 2008; 12: 72–80
- [59] Williams CL, Tappen RM. Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2007; 22: 389–397
- [60] Wolf B, Feys H, De Weerd W et al. Effect of a physical therapeutic intervention for balance problems in the elderly: a single-blind, randomized, controlled multicentre trial. *Clinical rehabilitation* 2001; 15: 624–636
- [61] H-c Sung, S-m Chang, W-l Lee, M-s Lee. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary therapies in medicine* 2006; 14: 113–119
- [62] Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J* 1965; 14: 61–65
- [63] Petersen H. Weiterführende Informationen und Differentialdiagnostik zur Zertifizierten Kasuistik "Geriatrische Reha-Patientin nach Mediateilinfarkt". In: Society AG, Society G, Of AA, On Falls Prevention OSP. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* 2001; 49: 9
- [64] Park S-H, Lee Y-S. The Diagnostic Accuracy of the Berg Balance Scale in Predicting Falls. *Western Journal of Nursing Research* 2017; 39: 1502–1525
- [65] Persch LN, Ugrinowitsch C, Pereira G, Rodacki ALF. Strength training improves fall-related gait kinematics in the elderly: a randomized controlled trial. *Clinical Biomechanics* 2009; 24: 819–825
- [66] Quach L, Galica AM, Jones RN et al. The nonlinear relationship between gait speed and falls: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 59: 1069–1073
- [67] Viccaro LJ, Perera S, Studenski SA. Is Timed Up and Go Better Than Gait Speed in Predicting Health, Function, and Falls in Older Adults? : IS TIMED UP AND GO BETTER THAN GAIT SPEED? *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* 2011; 59: 887–892
- [68] Bohannon RW. Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther* 2006; 29: 64–68
- [69] Yamashita A, Suzuki S, Otsuka T et al. Six-Minute Walk Test Predicts Postoperative Delirium After Transcatheter Aortic Valve Replacement. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2021
- [70] Jochem C, Leitzmann M, Volaklis K, Aune D, Strasser B. Association between muscular strength and mortality in clinical populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2019; 20: 1213–1223
- [71] Leong DP, Teo KK, Rangarajan S et al. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *The Lancet* 2015; 386: 266–273
- [72] Pearson SJ, Young A, Macaluso A et al. Muscle function in elite master weightlifters. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 34: 1199–1206
- [73] Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 449
- [74] Salguero A, Martínez-García R, Molinero O, Márquez S. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 53: 152–157
- [75] Reilev M, Lundby C, Jensen J et al. Morbidity and mortality among older people admitted to nursing home. *Age Ageing* 2019; 49: 67–73

PFLEGE BEDÜRFTIGE BRAUCHEN KRAFT

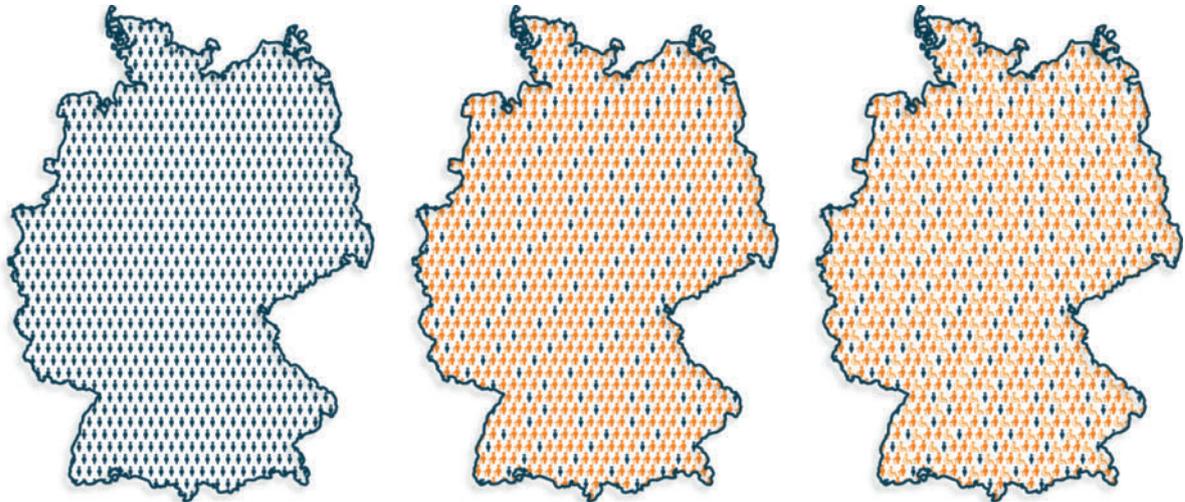
POLKA FACTSHEET

Evidenz zum Bewegungsbedarf bei Pflegebedürftigen



PFLEGE-EINRICHTUNGEN ALS KOMPETENZ-ZENTREN IN DER GESUNDHEITS-VERSORGUNG DURCH MULTIPLIKATION KÖRPERLICHER AKTIVITÄT

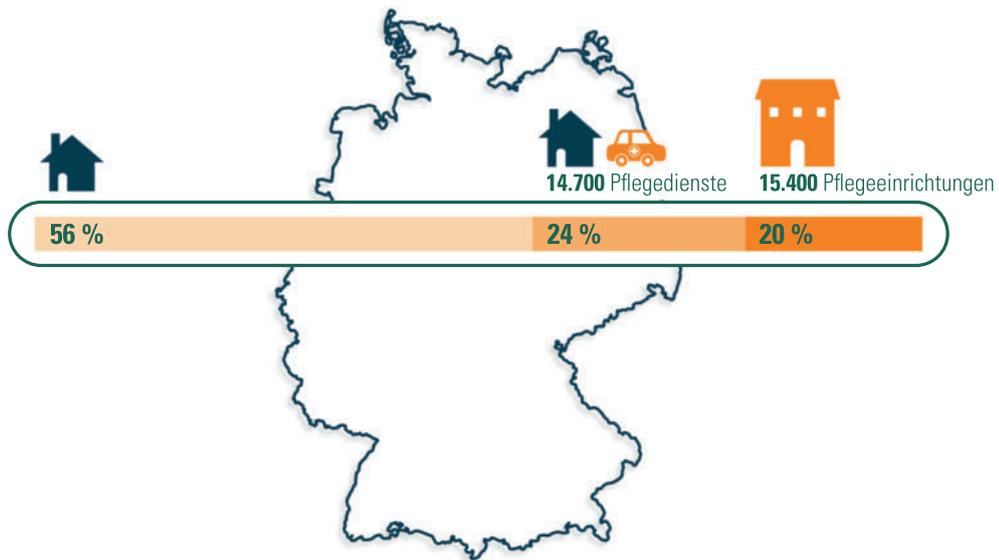
ABBILDUNG 1
STATISTIK ZUR PFLEGESITUATION IN DEUTSCHLAND



Von ca. 83 Millionen Menschen in Deutschland sind 4,1 Millionen pflegebedürftig.¹

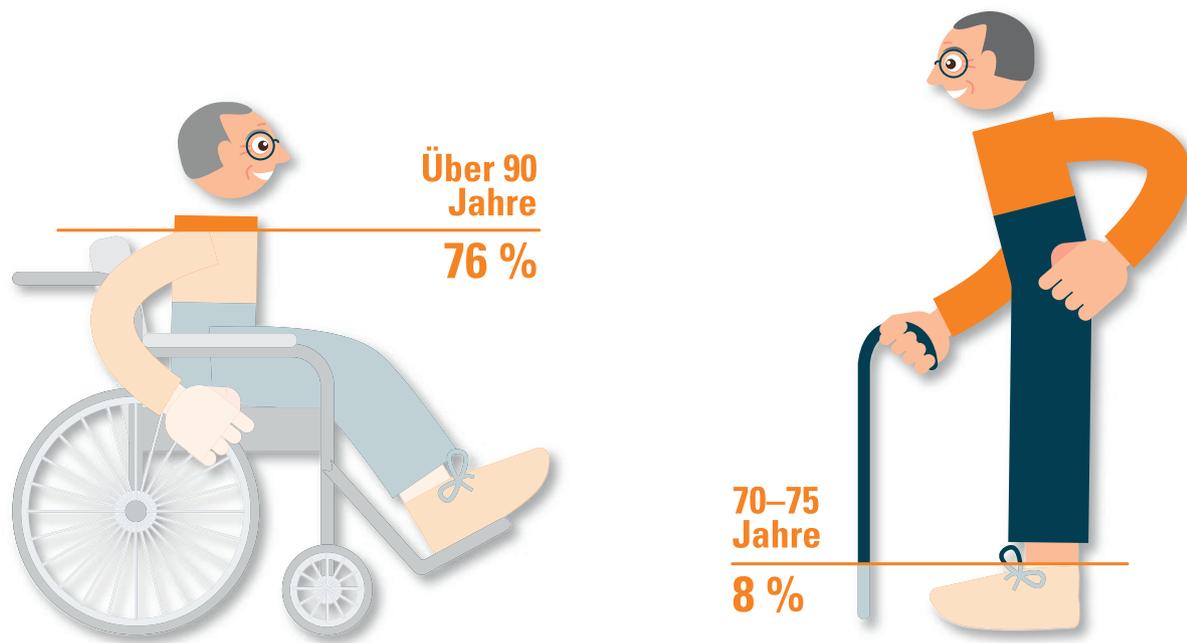
Aktuell sind etwa vier von fünf Pflegebedürftigen über 65 Jahre alt.²

1/3 ist über 85 Jahre alt.²



56 % der Pflegebedürftigen werden von Angehörigen versorgt,
24 % befinden sich in ambulanter Pflege
und 20 % in vollstationärer Pflege.²

ABBILDUNG 2
PRÄVALENZ DES PFLEGEBEDARFS



Hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit zeigt sich bei den über 90-Jährigen eine Prävalenz von 76 %.
Bei den 70 bis 75-Jährigen liegt die Prävalenz bei 8 %.²

ABBILDUNG 3
KÖRPERLICHE LEISTUNGSFÄHIGKEIT VON BEWOHNER*INNEN



Der Einzug in ein Heim impliziert Mobilitätseinschränkungen.¹⁰

40 % der Menschen, die mobil sind, wenn sie in ein Heim einziehen, entwickeln innerhalb von 18 Monaten Mobilitätseinschränkungen.

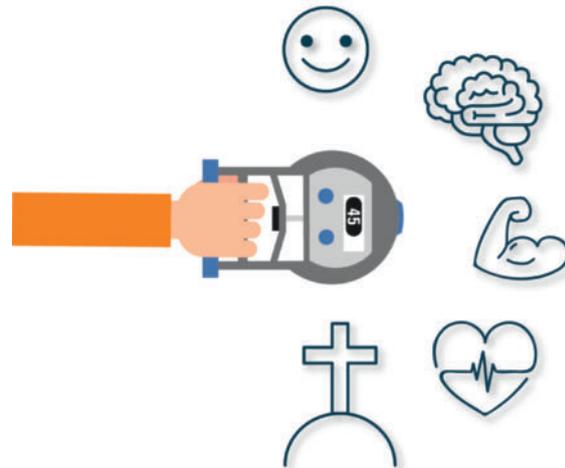


Heimbewohner*innen weisen eine extrem niedrige körperliche Leistungsfähigkeit auf.

ABBILDUNG 4
BEWOHNER*INNEN BRAUCHEN KRAFT(-TRAINING)

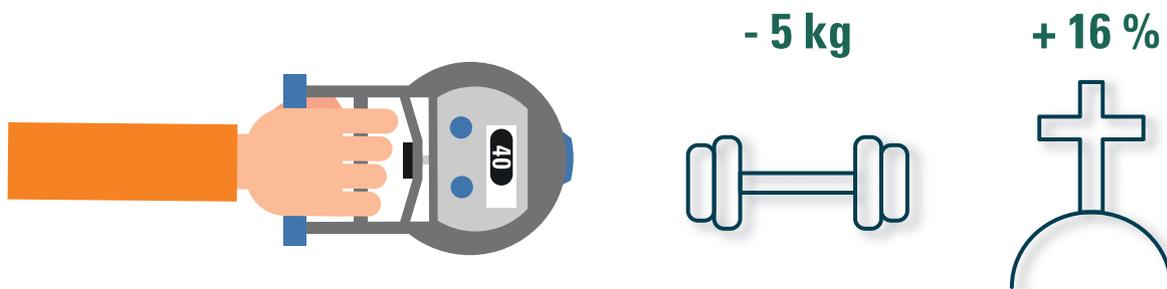


Dem Verlust an Muskelmasse und Knochenmasse muss vorgebeugt werden.



Muskelkraft und insbesondere die Handkraft sagen voraus:

- Lebensqualität³,
- kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit⁴,
- Mortalität⁵.



Eine Reduktion von 5 kg Griffkraft ist mit einer 16%igen Erhöhung der Sterbewahrscheinlichkeit assoziiert.¹¹

ABBILDUNG 5
DOSIERTES KRAFTTRAINING FÜR BEWOHNER*INNEN



Effektivität steigt mit der Interventionsdauer.⁶ Deshalb sind anhaltende Konzepte wichtig.

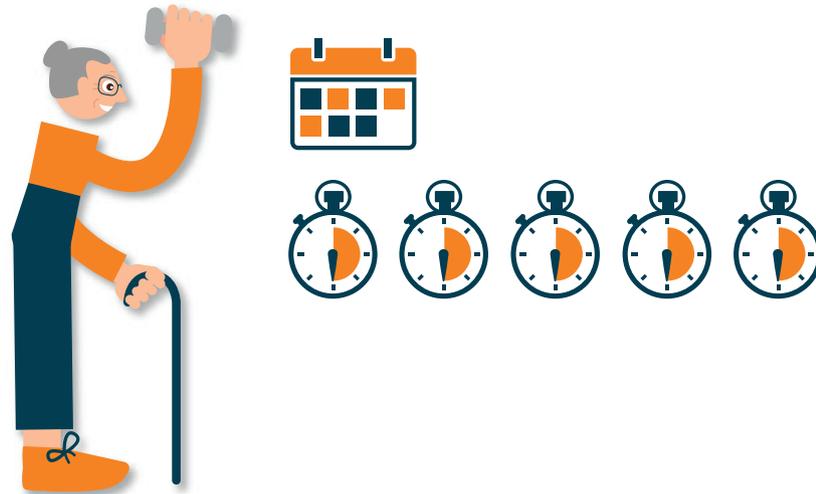


Krafttraining sollte progressiv gestaltet sein und mindestens dreimal pro Woche stattfinden.⁷

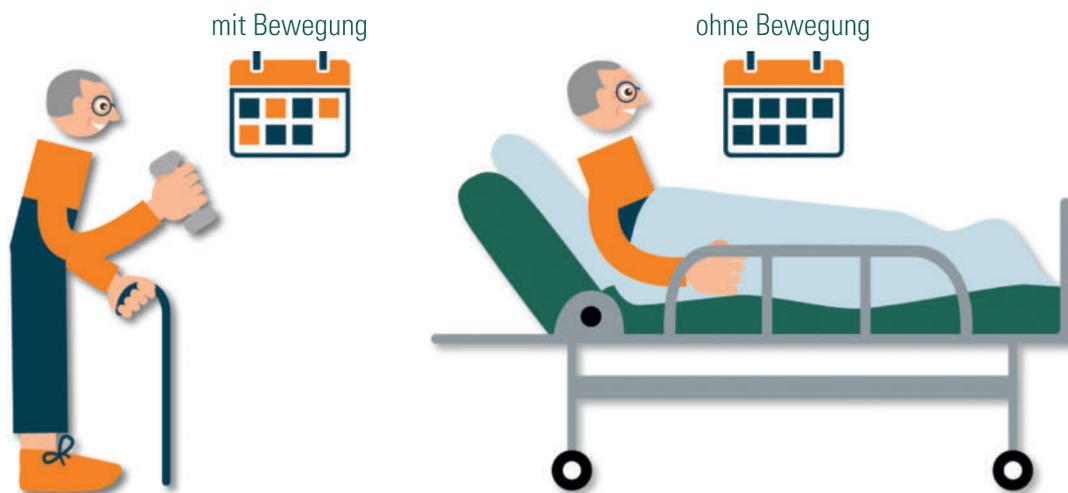
Es empfiehlt sich ein Training mit hohen Intensitäten.

In Studien konnte hierdurch eine Verdreifachung der Kraftfähigkeit Hochbetagter beobachtet werden.⁸

ABBILDUNG 6 KRAFTTRAINING BEI DEMENZERKRANKTEN



Studien mit Demenzkranken konnten zeigen, dass fünf Trainingseinheiten à 30 Minuten pro Woche eine gute Effektivität aufweisen, und decken sich damit mit den nationalen Bewegungsempfehlungen.⁹



Gleichzeitig lässt sich in den Kontrollgruppen ein Kraftverlust beobachten.⁸

FAZIT

- **Konditionelle Fähigkeiten sind auch bei Hochbetagten und Demenzerkrankten gut trainierbar.**
- **Krafttraining hilft Pflegebedürftigen, ihre Funktionalität und Gesundheit zu verbessern.**
- **Insbesondere ist dabei hervorzuheben, dass das Training der ansonsten zu erwartenden Degeneration entgegenwirkt.**

LITERATUR

- 1 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html
- 2 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html;jsessionid=D6034905EFFAC7B21ECF8F651B3A788F.live?42
- 3 Laudisio A, Giovannini S, Finamore P, et al. Muscle strength is related to mental and physical quality of life in the oldest old. Archives of Gerontology and Geriatrics 2020;89:104109
- 4 Taekema DG, Gussekloo J, Maier AB, Westendorp RGJ, de Craen AJM. Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old. Age and ageing 2010;39:7 S.
- 5 Ling CH, Taekema D, De Craen AJ, et al. Handgrip strength and mortality in the oldest old population: the Leiden 85-plus study. Cmaj 2010;182:429-435
- 6 Crocker T, Young J, Forster A, et al. The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. Age and ageing 2013;42:682 S.
- 7 Weening-Dijksterhuis E, de Greef MH, Scherder EJ, Slaets JP, van der Schans CP. Frail institutionalized older persons: A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living, and quality-of-life. Am J Phys Med Rehabil 2011;90:156-168
- 8 Valenzuela T. Efficacy of progressive resistance training interventions in older adults in nursing homes: a systematic review. J Am Med Dir Assoc 2012;13:418-428
- 9 Brett L, Traynor V, Stapley P. Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc 2016;17:104-116
- 10 Wingenfeld K. Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern. Pflege und Gesellschaft 2014, 19: 113-124
- 11 Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, et al. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. The Lancet 2015; 386:266-273



PFLEGEINRICHTUNGEN ALS KOMPETENZZENTREN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG DURCH MULTIPLIKATION KÖRPERLICHER AKTIVITÄT

Bewegungsförderung für Bewohner in Pflegeheimen

Mit POLKA von der Theorie in die praktische Umsetzung

Promotion of Physical Activity for Residents in Nursing Homes

With POLKA from Theory to Practical Implementation

Sonja Krupp, Robert Wentzel, Martina Nachtsheim, Bettina Höhne, Jennifer Kasper

Institut

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum

ZUSAMMENFASSUNG

Ältere Menschen zeigen nach Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Pflege oft eine Reduktion ihres Bewegungsverhaltens mit konsekutiver weiterer Verschlechterung der Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeiten. Das Präventionsgesetz beinhaltet den Auftrag, auch in der Lebenswelt Pflegeheim unter Einbezug der Wünsche der Senioren nach Möglichkeiten zu suchen, über eine Zunahme der bewegungsassoziierten Aktivitäten eine Verbesserung der weiteren Prognose und Lebensqualität zu erreichen. POLKA setzt in zweifacher Hinsicht auf Kombinationen: Es bietet sowohl Gesundheitsförderung für das in Pflegeheimen tätige Personal als auch die Bewohner an und erhöht die Kompetenz des Personals in Sachen Bewegungsförderung durch das Tandem aus fest im Pflgeteam verankerten Bewegungsexperten und einem noch umfassender qualifizierten Bewegungslotsen. Die Tätigkeit als Bewegungsexperte bietet die Möglichkeit, täglich als Sachverständiger in Sachen Bewegungsförderung zu fungieren, aber auch die, sich zweimal wöchentlich selbst beraten zu lassen bzw. gemeinsam mit dem Bewegungslotsen relevante Bewegungs-Ziele der Bewohner zu verfolgen. Damit die Auswahl der Ziele und der Wege, diese zu erreichen, zu den realen Möglichkeiten der pflegebedürftigen Person passen, bedarf es eines geriatrischen Assessments. Der Bewegungslotse beherrscht dieses vollumfänglich, der Bewegungsexperte und andere im Pflgeteam erlernen zwei Instrumente, deren Anwendung ihnen hilft, Bewegungsförderung systematisch durchzuführen. Als Interventionen stehen u. a. drei verschiedene Formate des von der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck entwickelten Trainings in „Bewegungswelten“ zur Verfügung.

Stichworte

Bewegungsförderung, stationäre Pflege, Prävention, ältere Menschen, geriatrisches Assessment

SUMMARY

After admission to an inpatient care facility, older people often show a reduction in their physical activity with a subsequent further deterioration in mobility and self-care skills. The Prevention Act includes the mandate to look for ways to improve the prognosis and quality of life in the nursing home environment, taking into account the wishes of the elderly. POLKA relies on combinations of two respects: It offers health promotion for both the staff working in nursing homes and the residents and increases the competence of the staff in matters of movement promotion through the exercise experts firmly anchored in the care team and an even more comprehensively qualified movement guide. A movement expert offers the opportunity to act as an expert in matters of movement promotion on a daily basis and also to seek advice twice a week or to pursue the residents' relevant movement goals together with the movement guide. Geriatric assessment is required so that the choice of goals and how to achieve them match the real requirements of the person in need of care. The movement guide masters this adequately. The movement expert and others in the care team learn two instruments which help them to systematically promote movement. Interventions include three different formats of training in "Worlds of Movement" developed by the Lübeck Geriatrics Research Group.

Key words

Promotion of physical activity, inpatient care, prevention, elderly people, geriatric assessment

Einleitung und Darstellung des Forschungsgegenstands

In Deutschland sind nahezu 70 % der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen mindestens 80 Jahre alt [1]. Nur ein geringer Anteil von ihnen leidet nicht an alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Mobilität [2], der Eigenbewegung des Menschen, welche mit oder ohne Hilfen zur Fortbewegung und zu Veränderungen der Lage des Körpers dient [3]. Ungefähr 86 % der Pflegeheimbewohner waren gemäß einer multizentrischen Erhebung 2014–2016 mit Mobilitäts-Hilfsmitteln versorgt, davon etwa 45 % mit einem Rollstuhl, 40 % mit einem Rollator, z. T. als Mehrfachversorgung [4]. Etwa ein Viertel der Bewohner kann nicht einmal selbstständig sitzen [5]. Das Risiko von Pflegebedürftigen, die beim Umzug in ein Pflegeheim noch selbstständig gehfähig sind, innerhalb von 18 Monaten eine Verschlechterung der Mobilität und damit auch der Selbstständigkeit und des Wohlbefindens zu erleiden, liegt bei etwa 40 % [6]. Verschlechterungen der Mobilität stellen einen bedeutenden Risikofaktor für weitere Gesundheitsprobleme dar (z. B. schlechtere Blutzuckereinstellung bei Diabetes mellitus, Kontrakturen). Die Förderung und der Erhalt der Mobilität gewinnen dementsprechend als pflegerische Aufgaben an Bedeutung, was sich u. a. in der Entwicklung eines Expertenstandards zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ manifestiert hat [3].

Stürze führen im Alter oft zu schwerwiegenden weiteren Einschränkungen der Mobilität und Selbstständigkeit, ob durch körperliche Verletzungen oder Sturzangst mit Vermeidungsverhalten und resultierendem Fortschreiten von Inaktivitätsatrophie. Aber auch ohne vorangehende Stürze neigen Personen, die in ein Pflegeheim einziehen, oft dazu, die prinzipiell günstigeren Bedingungen für eine Ausweitung ihres Aktionsradius nicht auszuschöpfen, sondern sich noch weniger zu bewegen, als es in ihrer im Vergleich dazu kleinen Privatwohnung der Fall gewesen war. Dabei können viele Faktoren eine Rolle spielen. Schmerzen können dazu führen, dass jede Bewegung eine Überwindung bedeutet. Depressivität kann die Lust daran rauben, die neue Umgebung zu erkunden. Kognitive Einbußen führen eventuell zu der Befürchtung, den Weg zurück in das eigene Zimmer nicht mehr zu finden. Ob erkrankungsbedingt oder durch den Wegfall häuslicher Tätigkeitsfelder – es fehlt oft einfach der Antrieb, sich allein zu bewegen, ein über den Aufruf „Bewegung ist gut für Sie!“ hinausgehender vernünftiger Grund, sich anzustrengen.

Es ist eine vielschichtige Herausforderung, die vorhandenen Ressourcen und Präventionspotentiale zu finden und auszuschöpfen, um so einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und dem weiteren Verlust an Autonomie mit Erhöhung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, damit so viel Lebensqualität wie möglich erreicht wird [7]. Gerade bei Pflegebedürftigen kann dies am besten di-

rekt im Pflegeheim erfolgen [1]. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurden die Krankenkassen verpflichtet, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen [8]. Der Leitfadene Prävention in der stationären Pflege [1] legt die Kriterien dafür fest. Auch die Pflegekassen sollen gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI [9] Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie u. a. unter Beteiligung der Pflegebedürftigen die Umsetzung von Vorschlägen zur Stärkung ihrer Fähigkeiten unterstützen.

Die sehr unterschiedlichen Möglichkeiten pflegebedürftiger Senioren, ein aktiveres, bewegungsreicheres Leben zu führen, schließen von vornherein aus, dass alle von ihnen von den gleichen Interventionen oder weiteren Veränderungen ihrer Lebenswelt profitieren. Um positive Resultate zu erzielen, müssen die individuellen Kompetenzprofile Älterer berücksichtigt werden, z. B. fallen selbstständig durchzuführende Übungsprogramme bei kognitiv eingeschränkten Personen, die permanenter Anleitung bedürfen, nicht auf fruchtbaren Boden [6]. Es besteht ein Forschungsdesiderat hinsichtlich dessen, welche Interventionen in welcher „Stückelung“ (Dauer und Frequenz von Trainingseinheiten, aber auch anderen Aktivitätsangeboten) und Ausprägung (relative Belastungsintensität bei gleichem Programm) die besten Effekte zeigen und welche weiteren Faktoren individuell zu berücksichtigen sind.

In einem Scoping Review des Robert Koch-Instituts mit Einschluss internationaler Literatur vor Juli 2020 befassten sich bereits zu diesem Zeitpunkt neun Veröffentlichungen mit den Auswirkungen der durch die Covid-19-Pandemie induzierten Kontaktbeschränkungen und stellten sämtlich eine Reduktion der körperlichen Aktivität älterer Menschen fest [10]. Die Möglichkeiten, die o.g. Forschungsfragen zu klären, sind durch die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen massiv beeinträchtigt worden, gleichzeitig der Bedarf daran noch dringlicher geworden. Im Sinne eines unbeabsichtigten „Auslassversuchs durch höhere Gewalt“ hat die Pandemie den raschen Verlust von Selbstversorgungskompetenzen durch Inaktivität unmittelbar beobachtbar gemacht. Dies betont die Wichtigkeit strukturierter Bewegungsförderung, wie der in POLKA eingesetzten.

Wie bringt POLKA Bewegungsförderung in die Bewohnerschaft von Pflegeheimen?

Dass Bewegung für alle Menschen wichtig ist, besonders für ältere und ganz besonders für pflegebedürftige, ist in der Pflege tätigem Personal nichts Neues. In Fortbildungsveranstaltungen wird wichtiges Knowhow vermittelt, um das Ziel, die Bewohner darin zu unterstützen, im Alltag ak-

tiver zu sein, möglichst gut zu erreichen. Aber die besten Vorsätze, das Gelernte konsequent umzusetzen, treffen auf die harte Realität von Zeitknappheit und Zweifeln an der Sinnhaftigkeit des zunächst entstehenden Mehraufwandes. Wenn dann auch im Kollegenkreis kein Echo der Begeisterung für die Umsetzung von Ideen zur Bewegungsförderung zurückhält, verpufft der prinzipiell wertvolle Input nur zu leicht. Eine nachhaltige Aufwertung von Bewegung als Kernelement guter pflegerischer Versorgung bedarf sowohl einer Initialzündung mit Schaffung von Aufbruchstimmung als auch wiederholtem Input von außerhalb der Tretmühle beruflichen Alltags. Doch wie soll dieser Input sich innerhalb der Pflegeeinrichtung verbreiten und stabilisieren?

POLKA setzt dafür auf die enge Zusammenarbeit von Bewegungslotsen (BLo) und Bewegungsexperten (BEx). Die unterschiedlichen Voraussetzungen für die Übernahme dieser Rollen sind in ► **Tab. 1** aufgeführt.

Bewegungslotsen sind in der Regel gleichzeitig als Übungsleiter des Lübecker Modell Bewegungswelten in ein bis drei Pflegeheimen tätig. Im Anschluss stehen sie im Mittel etwa eine Stunde lang als Ansprechpartner für sämtliche Maßnahmen der Bewegungsförderung zur Verfügung. Insbesondere steigern sie die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz der Bewegungsexperten und unterstützen diese in der Anwendung des Gelernten. Oft wird der Fokus zunächst darin liegen, die POLKA-induzierten Maßnahmen sinnvoll in die praktischen und Dokumentationsabläufe zu integrieren einschließlich des Qualitätsmanagements der Einrichtung.

Bewegungsexperten haben ein abwechslungsreiches Tätigkeitsfeld. Sie bringen sich eigeninitiativ in alle Prozesse ein, die die Bewegungsförderung für die Bewohner tangieren, und sind Ansprechpartner auch für deren Kontaktpersonen sowie das Heimpersonal. Zur Erfüllung ihrer verantwortungsvollen Aufgabe als Multiplikatoren brauchen sie die Rückendeckung der Entscheidungsträger der Einrichtung. Für die Anwendung und den Ausbau des erworbenen Spezialwissens steht ihnen der Bewegungslotse bei Bedarf mit Rat und Tat zur Seite. Das Coaching umfasst ausführliche Anleitung beim Einsatz der Lübecker Skala der Basis-Mobilität und der Geriatrischen Goal Attaining Scale (Geri-GAS s. u.) sowie in der Entscheidungsfindung,

welche Maßnahmen der Bewegungsförderung bei einem Bewohner am erfolversprechendsten einzusetzen sind.

Lübecker Bewegungswelten – Ein Grundprinzip, viele Ausgestaltungen

Kennzeichnend für das von der FGL entwickelte Training in „Bewegungswelten“ ist die durchgehende Bezugnahme auf ein übergeordnetes Motto während der jeweiligen Trainingseinheit. Dadurch ist die Ausführung der Übungen leichter vermittelbar, da auf im prozeduralen Gedächtnis abgespeicherte motorische Abläufe zurückgegriffen werden kann. Neben funktionellen werden auch kognitive, emotionale und motivierende Aspekte berücksichtigt und die Teilnehmenden (TN) dazu stimuliert, selbst Impulse einzubringen, z. B. biografische Mitteilungen. Hierdurch werden interaktive und kognitive Prozesse unterstützt, man lernt sich besser kennen und wertschätzen, und dann macht auch die Bewegung mehr Spaß [11], sodass die Abbrecherquoten niedrig sind. In allen Versionen des Trainings erfolgt eine Kombination von u. a. Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtstraining. Dass „concurrent training“ von Kraft und Ausdauer den Kraftzuwachs nur bei gut trainierten, aber nicht bei moderat bis kaum trainierten Personen – mit denen wir es bei der Zielgruppe zu tun haben – gegenüber reinem Widerstandstraining vermindert, zeigt eine Meta-Analyse von 27 Studien [12].

Die Programm-Palette berücksichtigt die Kriterien für die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen und ermöglicht es Letzteren, gemeinsam mit Bewohnern eine passgenaue Intervention auszuwählen.

Da sowohl körperliche Aktivitäten [13] als auch kognitive sowie soziale das Demenzrisiko senken, ist von deren Kombination eine Verstärkung des präventiven Effekts zu erwarten.

Häusliche Übungsprogramme – also auch solche, die sich für die Durchführung direkt im Wohnbereich von Heimbewohnern eignen, falls nötig im eigenen Zimmer – gewinnen unter den Pandemie-bedingten Einschränkungen an Bedeutung. Insbesondere bei mehr als 3 Sessions wöchentlich können auch weitgehend selbstständig durchgeführte Übungen die Muskelkraft und Balance steigern [14].

► **Tab. 1** Voraussetzungen zur Tätigkeit als Bewegungslotse (BLo) oder -experte (BEx).

Mitarbeiter des Heimes oder extern	Immer Mitarbeiter des Heimes
je Heim 2x wöchentlich ca. 2 Stunden	je Heim 1 BEx pro ca. 20 Bewohner
i. d. R. Physio-, Sport- oder Bewegungstherapeut oder Sportwissenschaftler	wie BLo, zusätzlich Gesundheitsfachberufe wie Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft, Ergotherapeut, Betreuungskraft
64 Lerneinheiten, teilweise online (obligat: + 16 für den Erwerb der Lizenz als Übungsleiter des Lübecker Modell Bewegungswelten)	16 Lerneinheiten, die ersten 8 online (optional: + 16 für den Erwerb der Lizenz als Übungsleiter des Lübecker Modell Bewegungswelten)

Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB)

Das LMB, zu dem neben einstündigem Gruppentraining auch Individualtraining gehört [15], ist ein wissenschaftlich evaluiertes [16] bewegungsorientiertes Präventionsprogramm, dessen Verbreitung seit 2015 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Mitteln des Verbandes der privaten Krankenversicherer e. V. (PKV) gefördert wird [17]. Es ist mittlerweile in über 100 Pflegeeinrichtungen bundesweit eingeführt. Die Durchführung erfolgt in den meisten POLKA-Einrichtungen durch Bewegungslotsen.

Das Programm beinhaltet Trainingseinheiten an zwei nicht benachbarten Tagen pro Woche mit ca. 6 bis 12 TN. An den anderen Tagen sollten die TN selbstständig oder mit Unterstützung z. B. des Betreuungspersonals oder Angehöriger anhand gedruckter Anleitungen in einfacher Sprache mit Foto-Illustration trainieren („Mein tägliches Bewegungsprogramm“, MtB). Jede der drei dem Gruppentraining entlehnten Übungen dauert etwa eine Minute, die Durchführung kann auf den Wochentagen zugeordneten Listen angekreuzt werden. Es motiviert die TN, ihren Einsatz zu dokumentieren und erhöht so die Chance, den von diversen Experten empfohlenen Mindest-Zeiteinsatz von 150 Minuten körperlicher Aktivität mittlerer Intensität wöchentlich [18, 19] zu erreichen.

Jede Trainingseinheit ist in Erwärmung, Kern und Ausklang gegliedert und umfasst 45 Minuten kombiniertes Beweglichkeits-, Ausdauer-, Kraft- und Koordinationstraining. 15 Minuten verbleiben für die Besprechung der Erfahrungen mit dem täglichen Übungsprogramm, Instruktionen, Materialwechsel und Pausen.

Das LMB-Gruppentraining richtet sich an Personen, die selbstständig oder am Hilfsmittel (z. B. Gehstock, Rollator, Handlauf) oder Möbelstück ohne personelle Unterstützung 60 Sekunden stehen können. Darüber hinaus benötigen die TN die Fähigkeit, die meisten Bewegungsaufträge der Übungsleiter (ÜL) zu verstehen (akustisch, visuell, kognitiv) und sich für die Zeit des Trainings in eine Gruppe zu integrieren, z. B. auf Ansprache durch andere TN zu reagieren.

Die Planung jeder Trainingseinheit übernehmen ÜL selbstständig auf Grundlage der von der FGL entwickelten Planungs- und Dokumentationsbögen.

Die strukturierten Planungsbögen beinhalten Hinweise, welche Körperregion in der ausgewählten Übung jeweils gezielt trainiert wird sowie einen Vorschlag zur Dauer der Übung. Übungsvarianten zum einen für die TN, die gut erhaltene kognitive Fähigkeiten mitbringen, zum anderen für die TN, die gehfähig sind, ermöglichen den ÜL, eine dem individuellen Belastungsniveau der TN angepasste Auswahl zu treffen.

Die von den ÜL instruierten Übungen richten sich nach dem Motto der Stunde. So werden z. B. in der Bewegungswelt „Am Strand“ der Körper mit Sonnenmilch eingecremt, Badekleidung angezogen, Muscheln gesucht, verschiedene Schwimmstile durchgeführt, der Sonnenuntergang beobachtet und zum Abschluss wird eine „Bewegungsgeschichte“ vorgelesen, in der bestimmte Wörter durch symbolhaft dazu passende Bewegungen dargestellt werden. Das LMB will der mit zunehmendem Alter nachlassenden Befähigung zur Bewältigung kombinierter Doppelaufgaben durch gezieltes Training entgegensteuern. Auch im Alltag sollen Bewegungshandlungen dadurch wieder leichter simultan zu kognitiven Aufgaben bewältigt werden können [20]. Die ÜL kombinieren bei der Instruktion der Übungen Bewegungsaufgaben mit kognitiven oder einer zweiten motorischen Aufgabe zum Dual-Task-Training [21].

Feste Bestandteile jeder Trainingseinheit sind zwei Pflichtübungen. Zu Beginn der Erwärmung ist dies eine Gleichgewichtsübung, die die Standstabilität der TN trainiert. Die Pflichtübung „Stand“ geht auf unterschiedliche Belastungsniveaus ein und führt optional in 13 Abstufungen vom Zweibeinstand mit Festhalten über das Auf-der-Stelle-Gehen ggf. bis zum freien Einbeinstand. Die ÜL instruieren hierfür die TN individuell angepasst an deren funktionelle Möglichkeiten.

Die Pflichtübung „Aufstehen“ sollte gegen Mitte der Trainingseinheit durchgeführt werden, möglichst integriert in den logischen Ablauf der Geschichte in der jeweiligen Bewegungswelt. Auch hier stehen 13 Abstufungen zur Verfügung, beginnend mit einer Gewichtsverlagerung von einer Gesäßhälfte auf die andere über das „Wippen“ mit kurzzeitigem Abheben des Gesäßes von der Sitzfläche bis zum freien Aufstehen vom Sitz in den Stand, langsam mit 5 Wiederholungen. Die ÜL wählen für jeden TN die passende Variante aus.

Lübecker Bewegungswelten 30-Minuten-Interventionen (LB-30)

Die erforderlichen 150 Minuten Training lassen sich bei pflegebedürftigen Senioren, die kognitiv und von ihren Seh- und Hörfähigkeiten her in der Lage sind, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen, jedoch über wenig Ausdauer verfügen oder die MtB nicht durchführen, oft leichter über fünf halbstündige Einheiten erreichen. Unter Berücksichtigung von Hin- und Rückweg sollte eine Sitzstabilität von einer Stunde ausreichen. Durch die fast tägliche Aktivierung ist die zusätzliche Verwendung eines Individualtrainings nicht explizit empfohlen. Auf BLo kann für die Durchführung der Übungen in der Regel nicht zurückgegriffen werden, sondern als ÜL sind solche BEx vorgesehen, die dazu motiviert sind und sich im Rahmen ihrer Schulung als besonders geeignet erwiesen haben. Ideal ist die Vertretungssituation zu regeln, wenn sich pro Heim zwei der BEx für eine Tätigkeit als ÜL eignen und interessieren.

Lübecker Bewegungswelten 10-Minuten-Interventionen (LB-10)

Die auf dem Konzept der Lübecker Bewegungswelten basierenden 10-Min-Interventionen richten sich an TN, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, sich an den bereits aufgeführten Gruppenangeboten zu beteiligen. Dazu zählen weitgehend bettlägerige Heimbewohner ebenso wie solche, die wegen schwerer, nicht kompensierbarer Seh- oder Hörstörung oder kognitiver Defizite nicht von Gruppenangeboten profitieren oder sich einfach nicht gern in eine Gruppe einfügen. Die kurzen, über den Tag verteilten Interventionen tragen der reduzierten Aufmerksamkeitsspanne bei kognitiv beeinträchtigten Personen Rechnung, ebenso der verkürzten Ausdauer bei z. B. schwerer kardiopulmonaler Leistungseinbuße. Drei leicht verständliche, gebildete Übungen sind in einen thematischen Zusammenhang eingebettet. Zur kognitiven Anregung kann auf die angegebenen Fragen zurückgegriffen werden - oder auf die eigene Kreativität. Die Anleitungen zu den LB-10-Interventionen erfolgen zunächst schriftlich, eine ergänzende digitale Anwendungshilfe ist in Planung. Die BEx erhalten im Rahmen der von ihnen besuchten Präsenzschiulung Hintergrundwissen zu den 10-minütigen „Bewegungssnacks“, z. B. wird dort vermittelt, welche Varianten sich für welche Personen am besten eignen und worauf man sonst noch bei der Auswahl achten sollte. Dieses Wissen geben die BEx innerhalb der Einrichtung weiter und erläutern die Anleitungen in Absprache mit ihren Kollegen auch interessierten Angehörigen, die die entsprechenden Übungen dann selbst einsetzen dürfen, um ihre Besuche noch wertvoller zu gestalten.

Wissenschaftliche Begleitung der Bewegungsförderung bei Pflegebedürftigen in POLKA

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sollen die BEx gemeinsam mit weiterem Personal des Pflegeheims zunächst überlegen, bei welchen 2/3 der Bewohnerschaft sie sich am ehesten einen Vorteil von einer Intensivierung der Bewegungsförderung vorstellen könnten. Eine Vorauswahl potenzieller TN ist sinnvoll wegen des in Pflegeheimen hohen Anteils von Personen mit nur sehr kurzer Lebenserwartung, keinerlei erkennbar willensgesteuerter Aktivität oder anderen Gründen, aus denen eine Studienteilnahme nicht sinnvoll wäre. Die für die POLKA-Interventionen in Betracht kommenden Bewohner und/oder ihren Willen vertretenden Personen werden unter Verwendung von Informationsmaterial um Teilnahme an der Studie der FGL gebeten (Aktenzeichen 20–092 der Ethikkommission der Universität Lübeck), bei nicht zu bewältigender Anzahl wird vorab eine Zufallsstichprobe gezogen. Die Mindestanzahl für eine Aufnahme des Pflegeheims in das Projekt liegt bei 20 TN. Vorgesehen ist in den meisten Pflegeheimen eine etwa sechsmonatige Wartephase, in der der Verlauf der bewegungsassoziierten Fähigkeiten vor POLKA zuzurechnenden Interventionen untersucht wird, danach ein ebenfalls etwa sechsmonatiger Beobachtungszeitraum mit Teilnahme an den POLKA-Angeboten.

Assessment

Assessment dient bei geriatrischen Patienten der umfassenden Wahrnehmung von in Relation zur selbstständigen Lebensführung stehenden Dimensionen. Erst die systematische Erfassung des Ausgangsstatus hinsichtlich des Vorliegens der Voraussetzungen zur Ausübung von Aktivitäten ermöglicht es, den Bewohnern bei der partizipativen Auswahl von Zielen der Bewegungsförderung behilflich zu sein und Fort- sowie Rückschritte in Relation dazu zu objektivieren. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung von POLKA durch die FGL setzen BLO außer der Geriatrischen Goal Attaining Scale (Geri-GAS) und der Lübecker Skala der Basis-Mobilität (LSBM) auch den Timed Up & Go ohne und mit kognitiver Distraction als Dual Task, den Romberg-Stand, den 2-Minuten-Stufentest, den Stuhl-Aufsteh-Test (5-CRT) ohne und mit Modifikation, die Messung der Handkraft, den 20-Cents-Test, den 8-Punkte-Greifraum-Test, den Six-Item-Screener, den Uhrentest nach Shulman und die Severe Mini Mental State Examination gemäß einem Algorithmus je nach Bedarf ein, jedoch werden nur die beiden erstgenannten Instrumente über Erläuterung und wiederholte gemeinsame Anwendung den BEx und weiterem Personal nahegebracht. Ziel ist eine Verstetigung des Einsatzes der LSBM und Geri-GAS über die Studienlaufzeit hinaus, da Daten aus routinemäßig eingesetzten Instrumenten, wie z. B. dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) [22] die im Fokus stehenden Fähigkeiten und Aktivitäten für die angestrebte individuelle Förderung nicht differenziert genug abbilden, umgekehrt lassen sich aus den beiden Instrumenten Daten für die Qualitätssicherung generieren.

Lübecker Skala der Basis-Mobilität (LSBM)

Die LSBM wurde von der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck entwickelt, um auch die Fähigkeiten all jener geriatrischen Patienten standardisiert zu erheben und zu monitoren – ob in Kliniken, in der stationären Pflege oder ambulant –, die nicht in der Lage sind, ohne personelle Unterstützung aufzustehen, drei Meter weit zu gehen und in die Ausgangsposition zurückzukehren (Timed Up & Go). Der Bodeneffekt (Ergebnis kann sich auch bei klinischer Verschlechterung nicht verschlechtern) wird nur erreicht, wenn der TN sich trotz Hilfe einer geschulten Person nicht aus der Rückenlage in die Seitenlage bewegen kann. Die Erhebung der LSBM ist nicht nur für Physio-, Sport- und Bewegungstherapeuten, sondern z. B. auch Pflegepersonal nach kurzer theoretischer Einführung leicht an praktischen Beispielen erlernbar. Die Durchführung ist in unter zehn Minuten möglich (gesunde Senioren schaffen die sieben Aufgaben in drei Minuten). Die Zuordnung zu Schweregraden orientiert sich an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [23]. In POLKA wird die LSBM eingesetzt, um Potenzial für eine der individuellen Leistung angepasste Zielsetzung und Bewegungsförderung zu erkennen und anschließend Diskrepanzen zwischen Fähigkeiten im Bereich der Mobilität und den tatsächlich ausgeübten Aktivitäten aufzudecken und die

Ursachen dafür zu ergründen. Die LSBM erfüllt die in der Literaturanalyse zur Erarbeitung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ [24] definierten Einschlusskriterien für Instrumente zur Erfassung von Mobilitätsressourcen und Einschätzung der Veränderung (wörtlich: „Verbesserung“, jedoch auch Verschlechterung sollte abzubilden sein) von Fähigkeiten in den Bereichen Mobilität und Transfer. Sie wurde für die Anwendung durch Pflegende nach entsprechender Schulung entwickelt (Einschlusskriterium gemäß 2a). Es handelt sich um einen „kleinteiligen geriatrischen Mobilitätstest“, geeignet auch für „fortgeschritten immobile Menschen“, in der „Transfer und Gehen separat dargestellt“ werden.

Geriatrische Goal Attaining Scale (Geri-GAS)

Bei der Entwicklung der Geri-GAS hat die FGL unter Anwendung der Prinzipien der SMART-Regel [25] das klassische Goal Attaining Scaling [26, 27] modifiziert und erweitert. Die Formulierung von unter Berücksichtigung des fixierten Kontrollzeitpunktes angemessenen Zielen, die aus der Sicht der pflegebedürftigen Person Sinn machen, auf eine Weise, die eine semiquantifizierende Beurteilung der Zielerreichung ermöglicht, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. In Anbetracht der begrenzten kognitiven Ressourcen vieler der Bewohner von Pflegeheimen sind dem Grad der Partizipation bei der Zielsetzung Grenzen gesetzt, die durch die Angaben von An- und Zugehörigen sowie der professionellen Haupt-Kontaktpersonen erweitert werden können. Die Dokumentation wird mindestens am Anfang und Ende des Interventionszeitraums von der zuständigen BEx und BLo unterstützt.

Die Rolle der An- und Zugehörigen

Für Heimbewohner ist das Aufrechterhalten des Kontakts zu ihren An- und Zugehörigen emotional von hoher Wichtigkeit. Außerdem übernehmen diese oft Dienstleistungen wie das Besorgen von neuer Kleidung, Hygieneartikeln und dergleichen. Insbesondere beim Einzug kognitiv beeinträchtigter Senioren werden An- und Zugehörige meist um Unterstützung bei der Biografiearbeit gebeten. Viele jener Angehörigen, die mehrmals monatlich einen Bewohner besuchen, haben diesen vor der Heimaufnahme ambulant gepflegt und verfügen über profundes Wissen über ihn. Von dieser Expertise und den Möglichkeiten, An- und Zugehörige in die Förderung des besuchten Bewohners einzubeziehen, wird jedoch überwiegend nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht. Während es zur Rolle Angehöriger in der ambulanten Pflege reichlich Literatur gibt, fehlt diese fast völlig für die stationäre Phase. In einer aktuellen Literaturübersicht zu Einsamkeit von Heimbewohnern wird diese zwar als Massenphänomen wahrgenommen, mangelnde Kontakte zu An- und Zugehörigen als ursächlich, unter den recherchierten Maßnahmen zur Verringerung von Einsamkeit findet sich jedoch keine, die auf deren Einbezug während physischer Anwesenheit setzt [28]. Damit sind Pflegeheime bislang weitgehend auf sich gestellt darin, die Gesundheitskompetenzen An- und Zu-

gehöriger aufzubauen und für die Bewegungsförderung des von ihnen besuchten Bewohners zu nutzen.

In der Regel begrenzen sich Angehörige hauptsächlich auf kurze Spaziergänge mit noch mobilen Bewohnern auf dem Gelände der Einrichtung. Die motorischen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person können sie immer schlechter einschätzen, da sie diese nicht (mehr) umfassend bei alltäglichen Verrichtungen beobachten. Dies trägt zusammen mit dem Gefühl, dass nun andere die Hauptverantwortung für das Wohlergehen des Heimbewohners tragen und man die eigenen Kompetenzen nicht überschreiten möchte, zum Vermeiden von Situationen bei, die womöglich mit einem erhöhten Sturzrisiko einhergehen könnten. Angebote wie z. B. kleine Bewegungs-Parcours werden daher selten unter Anleitung von An- und Zugehörigen genutzt.

Im Rahmen von POLKA wird es An- und Zugehörigen erleichtert, sich intensiver in die Bewegungsförderung der Bewohner einzubringen. Dabei werden Instrumente eingesetzt, die nach kurzer Einweisung auch ohne professionelle Vorkenntnisse angewandt werden dürfen, MtB und LB-10 (siehe dort). Die Anwendung dieser Übungsanleitungen ermöglicht es An- und Zugehörigen, ihre Besuche positiver zu gestalten und einen wertvollen Beitrag zum Wohlbefinden und zur Gesundheit der Besuchten zu leisten. Sofern ggf. bei diesen vorhandene kognitive Einschränkungen nicht bereits weit fortgeschritten sind, können im Rahmen der Durchführung der in „Bewegungswelten“ verankerten Übungen Erinnerungen geweckt und Gespräche darüber geführt werden. So verliert der Besuch im Pflegeheim die von vielen An- und Zugehörigen geschilderte frustrierende Fokussierung auf Negatives und Passivität. Damit nützt POLKA indirekt auch den engagierten Besuchenden.

Letztlich profitiert auch das Pflegepersonal von der Ergänzung der Bewegungsförderung durch An- und Zugehörige. Dadurch, dass diese in die einzusetzenden Methoden eingewiesen werden, steigt ihr Vertrauen in die Fachkompetenz des Personals – umgekehrt fällt es diesem leichter, engagierte An- und Zugehörige positiver zu bewerten und als Verbündete und Unterstützer zu sehen.

POLKA – ein (fiktives) Heim bewegt sich

Nachdem die POLKA zugrundeliegenden Ziele und Methoden im ersten Teil dieses Artikels dargestellt wurden, soll der zweite Teil die praktische Anwendung beispielhaft darstellen. Während sich POLKA in der Realität in einer frühen Projektphase befindet, ist so die gedankliche Begleitung der Schritte zu mehr bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz und einer aktiveren Bewohnerschaft bis zum Abschluss des ersten Halbjahres nach Start der Intervention möglich. Sämtliche Personen und Handlungen sind frei erfunden.

Die Heimleiterin: „Wir brauchen dringlich etwas, was uns hilft, die Bewohner wieder fitter und aktiver zu machen. Das Präventionsprogramm „Lübecker Modell Bewegungswelten“ z. B. war ausgesprochen beliebt gewesen, und ich habe die Wirkung selbst gesehen. Dann kam Corona, Bewegungsförderung war nur noch auf kleinstem Raum möglich und musste hinter dem riesigen Mehraufwand durch zusätzliche Hygieneregeln zurücktreten, und in Windeseile machten die Senioren Rückschritte; bei vielen ist es fraglich, ob sie überhaupt noch an dem einstündigen Gruppentraining teilnehmen könnten. Gut, dass viele den Ordner mit den Anleitungen für das Individualtraining „Mein tägliches Bewegungsprogramm“, das MtB, auf ihren Zimmern haben. Unsere Betreuungskräfte haben davon so oft wie möglich Gebrauch gemacht, das war besser, als gar nichts in der Hand zu haben.“

Durch die Pandemie ist allen noch stärker bewusst geworden, welchen Stellenwert die Bewegungsförderung für die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen hat. Das Thema ist einfach zu wichtig, um sich vor allem auf die Unterstützung von außen zu verlassen. Auch die eigenen Mitarbeiter sollten kreativer mit dem Thema Bewegungsförderung umgehen können – natürlich in unterschiedlicher Tiefe.

Ob das von der DAK-Gesundheit geförderte Programm „POLKA“ eine Chance wäre, die Lebensqualität des Personals und der Bewohnerschaft gleichzeitig anzugehen? Die Physiotherapeutin, die schon in den Startlöchern steht, um das einstündige Gruppentraining wieder aufzunehmen, hat uns wärmstens dazu geraten. Sie macht gerade eine Schulung zur Bewegungslotsin, bei der die FGL sie dazu qualifiziert, ihr Knowhow verstärkt in Pflegeeinrichtungen einzubringen. Das tut sie demnächst in dem Heim im Nachbarort und hätte in ihrem Terminplan noch Platz für ein bis zwei weitere Häuser. Der Gedanke, dass sich jemand mit fundiertem Fachwissen langfristig für uns zuständig fühlt und unser fester Ansprechpartner in Sachen Bewegungsförderung ist, gefällt der Pflegedienstleiterin und mir – ich schreibe jetzt eine Mail an POLKA@geriatrie-luebeck.de und lasse mir einen Termin für ein Telefonat zu dritt geben.“

Nach dem Schließen der Kooperationsvereinbarung für die Teilnahme am Projekt POLKA – Wer wird Bewegungsexperte?

Die Pflegedienstleiterin: „Seit wir in der Betriebsversammlung letzte Woche bekanntgegeben haben, dass wir uns verstärkt um die Gesundheitsförderung des Personals und der Bewohnerschaft kümmern wollen und anstreben, über das POLKA-Projekt ein „Bewegtes Heim nach Lübecker Konzept“ zu werden, kommt Aufbruchstimmung ins Haus. Natürlich gibt es bei allem Neuen immer auch die Sorge, dass Mehrbelastung damit einhergeht – und kurzfristig betrachtet ist es richtig, dass eine Intensivierung der Bewe-

gungsförderung Zeit kostet. Dass dieses Engagement bei vielen Bewohnern durch längeren Erhalt der verbliebenen Fähigkeiten belohnt wird und manche sogar wieder selbstständiger werden, haben meine Mitarbeiter ja bereits einmal erlebt. Ich hoffe, das wird ihnen die nötige Motivation geben, nun beherzt mitzumachen. Und dadurch, dass es jetzt auch die kürzeren Trainingseinheiten geben soll, erreichen wir einen viel größeren Anteil unserer Bewohnerschaft!

Der Erfolg des Projekts wird nun auch davon abhängen, dass die Heimleiterin und ich geeignete Personen für die Schulung zu Bewegungsexperten finden, den BEx. Bei unseren 78 Plätzen und einem Verhältnis von 20 zu 1 macht das vier Angestellte, die selbst mit dem Herzen dabei sein und den Funken auch überspringen lassen sollen. Auf jeden Fall käme unser Ergotherapeut infrage. Eine Wohnbereichsleiterin hat mich angesprochen und erzählt, dass sie früher in einem Sportverein Übungsleiterin für „Nordic Walking“ war und Lust dazu hätte, BEx zu werden. Damit hätten wir eine gestandene Pflegefachkraft im Boot, das ist u. a. für die Übernahme des Gelernten durch weitere Pflegekräfte ganz wichtig. Dann wäre da die Sportwissenschaftlerin, die nur drei Stunden täglich arbeiten kann und uns als Betreuungskraft unterstützt – ich bin mir sicher, dass diese neue Herausforderung sie reizen wird, bestimmt will sie gern anschließend zusätzlich Übungsleiterin und vielleicht ja später sogar einmal selbst Bewegungslotsin werden. Ich werde diese drei bitten, sich zur Verfügung zu stellen und fragen, wen sie gern als Vierten dabei hätten. Dann setze ich mich mit den Kandidaten und den Wohnbereichsleitungen zusammen und wir überlegen, welche zwei Drittel der Bewohnerschaft, das wären 52 Personen, am ehesten von intensiver Bewegungsförderung profitieren könnten. Ich drucke auch ein paar Info- und Einwilligungensformulare aus, und wir gehen sie als Vorbereitung auf die Rekrutierung zusammen durch.“

Gewinnung von Bewohnern für die Teilnahme am POLKA-Projekt

BEx: „41 unserer Bewohner wären bereit, an der Studie zur Wirksamkeit der Maßnahmen teilzunehmen, aber mehr als 24 schaffen wir zurzeit nicht. Das haben wir der FGL gemeldet und die hat aus den 41 Interessenten 24 per Zufallsgenerator ausgewählt. Von vier gesetzlichen Vertretern brauchen wir noch die schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme, die restlichen Unterschriften haben wir schon.“

Ich freue mich darauf, das frisch Gelernte demnächst praktisch umzusetzen. Bis jetzt bin ich die einzige von uns Vieren, die auch die Schulung zur Übungsleiterin abgeschlossen hat und die „LB-30“ montags bis freitags übernehmen kann. Das macht meinen Job noch abwechslungsreicher und ist auch ein kleiner Ausgleichssport für mich. Die 10-minütigen Bewegungssnacks sind eigentlich selbsterklärend, für die macht jede BEx auf einer Station Werbung

im Kollegenkreis sowie bei engagierten Angehörigen, genau wie wir das mit dem „MtB“ jetzt noch konsequenter vorhaben.“

Welches Format der Bewegungsförderung passt für wen? Assessment und Zielvereinbarungen

Die Bewegungslotsin (Blo): „Die nächste Woche habe ich reserviert, um jeden Tag bei etwa vier POLKA-Teilnehmern (TN) Assessment durchzuführen. Die BEx wird mindestens bei der Erhebung der LSBM und den Zielgesprächen für die Geri-GAS teilnehmen (siehe Beispiele unten) und dabei bestimmt immer selbstständiger werden. Hoffentlich klappt die Terminfindung mit den jeweiligen Bezugspflegerkräften (BPf) schnell und einige Angehörige machen mit.“

Fit genug für eine Stunde Gruppentraining und „Mein tägliches Bewegungsprogramm“ (MtB) – Frau B.

1. Erhebung LSBM
2. Zielvereinbarung Frau B.

Erhebung der LSBM bei Frau B.

Fr. B. dreht sich im Bett zügig vom Rücken auf die rechte Seite und kommt über diese mit Schwung in den Sitz auf der Bettkante. Nach wenigen Sekunden stützt sie sich mit den Händen auf dem Bett ab, auf Nachfrage („Können Sie auch ohne Anlehnen sitzen, ohne sich mit den Händen abzustützen?“), weil sie sich sonst nicht stabil aufrecht halten könne. Das Umsetzen auf einen Stuhl und Aufstehen unter Nutzung der Armlehnen gelingen problemlos. Sobald sie steht, greift sie automatisch nach den Griffen ihres Rollators, auf Nachfrage („Schaffen Sie es auch, ganz frei zu stehen, ohne Festhalten?“) gibt sie an, dafür seien ihre Beine zu schwach. Auch freies Gehen von mehr als einem Schritt traut sie sich nicht zu. Der Gang am Rollator (6 Meter inkl. Wendung) wirkt sicher (Bewertung siehe ►Tab. 2).

Zielvereinbarung Frau B.

BEx: „Was wäre für Sie persönlich wichtig und in einem halben Jahr wahrscheinlich erreichbar, wenn Sie und wir uns dafür ein bisschen anstrengen? Sie können uns zwei bis vier Ziele nennen.“

Fr. B.: „Ich will endlich wieder regelmäßig die Trainingsstunde in meiner „Bewegungswelten“-Gruppe. Aber ich kann am Rollator nur noch bis ins Nachbarzimmer gehen, den Weg bis zum Trainingsraum schaffe ich nicht mehr, ich bin völlig aus der Übung.“

BPf: „Wäre das dann vielleicht ein gutes zweites Ziel? Wieder sicher am Rollator vom Zimmer die 100 Meter bis zum Raum für das Gruppentraining zu kommen?“

Fr. B.: „Ja, stimmt. Und außerdem möchte ich wieder Treppe steigen können.“

BPf: „Warum ist das denn wichtig für Sie? Hier benutzen Sie die Treppe doch nie.“

Fr. B.: „Damit ich wieder meine Tochter in ihrer Wohnung besuchen kann. Einmal im Monat etwas Anderes um die Ohren haben, das wäre doch schön.“

BEx (zur Tochter): „Was sagen Sie denn dazu und – wie hoch ist die Treppe?“

Tochter: „Ich wohne im Hochparterre, das sind fünf Stufen mit Handläufen beidseits. Vor Corona schaffte meine Mutter das, ich habe sie auch gern dafür mit dem Auto abgeholt.“

Blo: „Es könnte klappen, wenn täglich geübt wird. Ihre Mutter hat im 2-Minuten-Stufentest die unterste Stufe 32-mal auf und ab geschafft. Wir sollten hier im Haus 8 Stufen hinauf und zurück zum Ziel setzen, damit Sie bei der Treppe Ihrer Tochter etwas Kraft in Reserve haben.“

Fr. B.: „Abgemacht! Das Ein- und Aussteigen aus dem Auto müssen wir leider auch angehen.“

Blo: „Im Stuhl-Aufsteh-Test hatten Sie es geschafft, in einer Minute zweimal ohne Abstützen der Arme aufzustehen – da fehlt schon einiges an Kraft, aber mit Training und ein wenig Hilfe könnte es reichen, um auch von einer tieferen Sitzgelegenheit hochzukommen. Allerdings ist mir im Greifraumtest aufgefallen, dass Sie den rechten Arm nicht über Schulterhöhe heben können, das könnte Probleme machen.“

Fr. B.: „Da ist eine Sehne gerissen, das ist schon ewig so. Na, ich mache jedenfalls immer die Aufstehübung am Anfang meines täglichen Bewegungsprogramms. Leider kann ich die Aufgabenzettel immer so schlecht lesen.“

BPf (zur Tochter): „Sie sind eine unserer treuesten Besucherinnen. Möchten Sie uns unterstützen, indem Sie Ihrer Mutter die Anleitungen zu den Übungen vorlesen?“

Tochter: „Na klar, ich freue mich, wenn ich bei meinen Besuchen etwas Sinnvolles für meine Mutter tun kann.“

BEx: „Wenn es mit dem Ein- und Aussteigen klappen soll, hieße es natürlich, wir müssten auch das an Ihrem Auto mit Ihrer Mutter üben.“

Blo: „Vielleicht ja am besten, wenn ich auch da bin und erst einmal dabei unterstützen kann.“

Tochter: „Kein Problem. Vielleicht ja mal eine halbe Stunde nach dem Gruppentraining? Dann hatte meine Mutter eine kleine Erholungspause.“

BPf: „Eine gute Idee! Darf ich mir auch etwas von Ihnen wünschen, liebe Frau B.? Sie können sich Ihr tägliches Be-

► **Tab. 2** LSBM Bewertung bei Fr. B.

Aufgabe	Schweregrad
Transfer Rückenlage → Seitlage (60–120° zwischen Becken und Unterlage) in max. 60 s	S 0
Transfer Liegen (z. B. Seitlage) → Sitz auf Bettkante in max. 60 s	S 0
Sitz ohne Anlehnen (z. B. auf Bettkante) bei aufgesetzten Füßen mind. 60 s, bei Bedarf (=S1 oder höher) mit abgestützten Händen	S 1
Transfer Sitz auf der Bettkante → Sitz auf dem (Roll-)Stuhl mit Armlehnen in max. 60 s (Sitzhöhe des Bettes = Sitzhöhe des Stuhls, günstigste Position des Stuhls)	S 0
Transfer Sitz auf dem (Roll-)Stuhl mit Armlehnen → Stand in max. 60 s	S 0
Stehen mind. 60 s, bei Bedarf (=S1 oder höher) mit Abstützen der Hände z. B. am Bettrahmen, Handlauf, Gehhilfen	S 1
Stand → 3 m Gehen und Rückkehr zum Ausgangspunkt in max. 60 s, bei Bedarf (=S1 oder höher) an Gehhilfen (z. B. Rollator)	S 1

S 0 = keine Beeinträchtigung; S 1 = selbständig (auch, wenn niemand in der Nähe ist), aber beeinträchtigt (nur mit Hilfsmitteln, unter Schmerzen, unter großer Anstrengung oder extrem langsam); S 2 = Hilfe (auch Aufsicht/Anleitung) durch eine nicht geschulte Person erforderlich und ausreichend; S 3 = Hilfe (auch Aufsicht/Anleitung) durch eine geschulte Person erforderlich und ausreichend; S 4 = Hilfe gemäß S3 reicht nicht, um Aufgabe wie beschrieben auszuführen

wegungsprogramm doch immer so gut merken – würden Sie es manchmal gemeinsam mit Ihrer Zimmernachbarin machen?“

Fr. B.: „Ja, um die Kaffeezeit herum. Schade, dass sie so schrecklich vergesslich ist – von alleine kommt sie gar nicht mehr auf den Gedanken, die Übungen zu machen, dabei ist sie körperlich besser beisammen als ich.“

BEx: „Das ist lieb von Ihnen und Sie tun dabei auch gleich noch einmal etwas Gutes für sich.“

Tochter: „Ich bin froh, dass man sich in diesem Heim so dafür einsetzt, dass meine Mutter bei Kräften bleibt und sich nicht langweilt.“ Das Monitoring der Zielerreichung mittels Geri-GAS ist in Tabelle 3 dokumentiert.

Fünfmal wöchentlich 30 Minuten in der Kleingruppe trainieren – Herr D.

1. Erhebung LSBM bei Herrn D.
2. Zielvereinbarung Herr D.

Erhebung der LSBM bei Herrn D.

Herr D. dreht sich mäßig verlangsamt leicht erschwert im Bett vom Rücken auf die Seite. Für das Aufrichten hält er sich am Nachtschrank fest, sonst sei es sehr mühsam. Im Sitzen muss er sich durchgehend mit den Händen seitlich abstützen. Umsetzen und Aufstehen sind nur mit einer geschulten Hilfsperson möglich. Beim Stehen hält er sich mit viel Handkraft am Handlauf fest und wirkt unsicher, Hüft- und Kniegelenke werden nur nach Aufforderung kurzzeitig endgradig gestreckt (Bewertung siehe ► **Tab. 4**).

Zielvereinbarung Herr D.

Hr. D.: „Wenn ich daran zurückdenke, wie ich mitten im Training plötzlich bei der Aufstehübung wirklich in den Stand kam – das funktionierte doch schon lange nicht mehr, ich hab' mich fast erschrocken! ... Und jetzt brauche ich wieder Hilfe, so schwach bin ich geworden. Eigentlich übe ich nur zusammen mit meiner Gruppe so richtig gern, aber eine ganze Stunde halte ich inzwischen gar nicht mehr durch.“

BEx: „Dann ist unser 30-Minuten-Training wahrscheinlich genau das Richtige für Sie. Jeden Tag in einer kleineren Gruppe üben, in der ich Ihnen mehr Aufmerksamkeit schenken kann – wie fänden Sie das?“

Hr. D.: „Ja, dazu hätte ich Lust. Vielleicht lerne ich das Aufstehen ja doch noch einmal. Und ich würde mich so gern allein in meinen Rollstuhl setzen können. Es heißt ja immer, ich soll auf einem normalen Stuhl sitzen, wenn ich am Tisch esse und so weiter, aber ...“

BPf: „Ja, wir wollen doch möglichst oft mit Ihnen das Umsetzen üben, das brauchen Sie auch, damit die Muskeln nicht verlernen, Sie zu tragen und damit die Gelenke nicht einsteifen.“

Hr. D.: „Ich bin ja auch nicht undankbar. Aber ich mag dann immer nicht fragen, wer mir wieder in den Rollstuhl hilft.“

BPf: „Und wohin möchten Sie dann mit dem Rollstuhl?“

Hr. D.: „Öfter nur mal kurz raus in den Garten, der war immer mein Ein und Alles. In der Erde wühlen geht nicht mehr, aber ich höre den Vögeln zu, und wenn ich so durch die Gegend tripple, komme ich auch leichter mit anderen ins Gespräch.“

► **Tab. 3** Monitoring der Zielerreichung mittels Geri-GAS bei Fr. B.

Datum	Status und Ziel
Am Beginn der Intervention	
Ausgangstatus	<ol style="list-style-type: none"> Keine Teilnahme an Bewegungsangeboten (da zurzeit keine Angebote). Maximale Gehstrecke am Rollator ohne Begleitung etwa 10 m. Steigt nicht Treppe, schafft aber eine Stufe mit beiden Händen am Handlauf ohne Unterstützung auf und ab (im 2-Minuten-Stufentest 32 x). Traut sich nicht zu, ins Auto der Tochter zu steigen, kann aber ohne Armeinsatz aufstehen (im Stuhl-Aufsteh-Test 2 x in 60 Sekunden).
Ziel (in 6 Monaten)	<ol style="list-style-type: none"> Regelmäßige Teilnahme am Training gemäß Lübecker Modell Bewegungswelten (i. d. R. 2x wöchentlich eine Stunde Gruppentraining und 4 x wöchentlich 15 Minuten einzeln). Am Rollator ohne Begleitung sicher vom Zimmer bis zum Gruppen-Übungsraum gehen (Entfernung etwa 100 Meter) und zurück. 8 Stufen in enger Begleitung auf- und abwärts steigen, damit Treppengang zur Wohnung der Tochter möglich wird (5 Stufen). Mit wenig Hilfe ins Auto der Tochter ein- und wieder aussteigen.
Zwischenstände mind. einmal monatlich erheben u. besprechen, hier Ergebnis nach etwa 6 Monaten	
Aktueller Status	<ol style="list-style-type: none"> Nimmt regelmäßig am Training gemäß Lübecker Modell Bewegungswelten teil, übt zusätzlich zu Gruppen- und Einzeltraining auch etwa dreimal wöchentlich mit der Zimmernachbarin. Geht sicher ohne Begleitung vom Zimmer bis zum Gruppen-Übungsraum, aber braucht auf dem Rückweg Begleitung und eine Sitzpause auf dem Flur (Erschöpfung nach dem Training). Je nach Tagesform werden 5 bis 12 Stufen im Heim bewältigt, auch die Treppe zur Wohnung der Tochter (abwärts rückwärtsgehend, die Tochter achtet auf die Fußposition, kein Festhalten durch die Hilfsperson erforderlich). Kräftiger geworden, schafft 4x Aufstehen ohne Armeinsatz in 60 Sekunden, aber Einsteigen ins Auto erfordert mehr Hilfe, als die Tochter leisten kann, da Fr. B. unkontrolliert „herunterplumpst“. Nach alter Schulterverletzung rechts kann der Arm nicht ausreichend gehoben werden, um sich am Griff über der Beifahrertür festzuhalten.
Bewertung	<p><input type="radio"/> viel schlechter als Ausgangsstatus</p> <p><input type="radio"/> etwas schlechter als Ausgangsstatus</p> <p><input type="radio"/> wie Ausgangsstatus</p> <p><input checked="" type="radio"/> besser, näher am Ausgangsstatus als am Ziel →4.</p> <p><input checked="" type="radio"/> besser, näher am Ziel als am Ausgangsstatus (Ziel nicht erreicht) →2.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ziel erreicht →3.</p> <p><input checked="" type="radio"/> besser als im Ziel beschrieben →1.</p>
Fördernd waren	<p>Zufrieden, der Zimmernachbarin helfen zu können, Dank von deren Sohn sowie Personal.</p> <p>Rollator wurde besser auf ihre Körpergröße eingestellt.</p> <p>Hausärztin hat bestätigt, dass Ausschöpfen des Leistungsspielraums wichtig ist, Ängste genommen.</p> <p>Trainiert viel: LMB mit MtB mit Aufstehübung ohne Armeinsatz, täglich an der ersten Treppenstufe allein, einmal wöchentlich mit BEx und Tochter mehrere Stufen</p>
Hemmend waren	Herzschwäche laut Hausärztin nicht besser medikamentös zu behandeln.
Bemerkungen	Der Tochter vorgeschlagen, Fr. B. für den Ausflug zur Wohnung im Rollstuhl mitzunehmen (Fußweg etwa 1 km). Das klappt mindestens einmal monatlich.

BEx: „Drei Ziele haben Sie schon, wie wäre es, wenn Sie beim Stehen auch etwas ausdauernder wären.“

Hr. D.: „Dann könnte ich auch mal draußen an dem stabilen Hochbeet stehen und reingucken.“

BLo: „Ja, je öfter Sie mal ganz in der Senkrechten sind, desto besser halten Sie die Hüft- und Kniegelenke beweg-

lich und trainieren den Kreislauf.“ Das Monitoring der Zielerreichung mittels Geri-GAS ist in Tabelle 5 dokumentiert.

Fünfmal wöchentlich dreimal täglich 10 Minuten Bewegungsnackens – Frau S.

- Erhebung LSBM bei Frau S.
- Zielvereinbarung Frau S.

► **Tab. 4** LSBM Bewertung bei Hr. D.

Aufgabe	Schweregrad
Transfer Rückenlage → Seitlage (60–120° zwischen Becken und Unterlage) in max. 60 s	S 0
Transfer Liegen (z. B. Seitlage) → Sitz auf Bettkante in max. 60 s	S 1
Sitz ohne Anlehnen (z. B. auf Bettkante) bei aufgesetzten Füßen mind. 60 s, bei Bedarf (= S1 oder höher) mit abgestützten Händen	S 1
Transfer Sitz auf der Bettkante → Sitz auf dem (Roll-)Stuhl mit Armlehnen in max. 60 s (Sitzhöhe des Bettes = Sitzhöhe des Stuhls, günstigste Position des Stuhls)	S 3
Transfer Sitz auf dem (Roll-)Stuhl mit Armlehnen → Stand in max. 60 s	S 3
Stehen mind. 60 s, bei Bedarf (= S1 oder höher) mit Abstützen der Hände z. B. am Bettrahmen, Handlauf, Gehhilfen	S 2
Stand → 3 m Gehen und Rückkehr zum Ausgangspunkt in max. 60 s, bei Bedarf (= S1 oder höher) an Gehhilfen (z. B. Rollator)	S 4

S 0 = keine Beeinträchtigung; S 1 = selbständig (auch, wenn niemand in der Nähe ist), aber beeinträchtigt (nur mit Hilfsmitteln, unter Schmerzen, unter großer Anstrengung oder extrem langsam); S 2 = Hilfe (auch Aufsicht/Anleitung) durch eine nicht geschulte Person erforderlich und ausreichend; S 3 = Hilfe (auch Aufsicht/Anleitung) durch eine geschulte Person erforderlich und ausreichend S 4 = Hilfe gemäß S3 reicht nicht, um Aufgabe wie beschrieben auszuführen)

► **Tab. 5** Monitoring der Zielerreichung mittels Geri-GAS bei Hr. D.

Datum	Status und Ziel
Am Beginn der Intervention	
Ausgangszustand	<ol style="list-style-type: none"> Keine Teilnahme an Bewegungsangeboten (da zurzeit keine Angebote). Benötigt für das Aufstehen mäßig viel geschulte Hilfe (Anleitung + kleinen Impuls). Benötigt für das Umsetzen von einem Stuhl in den Rollstuhl Hilfe, steht mit Abstützen z. B. am Tisch, während Stuhl gegen Rollstuhl (oder umgekehrt) gewechselt wird. Leicht unsicherer Stand, beide Hände fest am Handlauf (1 Minute).
Ziel (in 6 Monaten)	<ol style="list-style-type: none"> Regelmäßige Teilnahme am halbständigen Gruppentraining (LB-30 i. d. R. 5 x wöchentlich). 2. Selbstständiges Aufstehen vom Stuhl. Selbstständiges Umsetzen von einem Stuhl in den Rollstuhl, um z. B. den Speisesaal ohne Hilfe verlassen und z. B. in den Garten zu können. Sicherer Stand (2 Minuten ohne Notwendigkeit von Aufsicht) mit Abstützen, z. B. am Tisch oder Hochbeet.
Zwischenstände mind. einmal monatlich erheben u. besprechen, hier Ergebnis nach etwa 6 Monaten	
Aktueller Status	<ol style="list-style-type: none"> Nimmt mit Freude regelmäßig am LB-30 teil. Steht selbstständig vom Stuhl auf, dabei drückt er sich erst mit den Händen auf den Armlehnen hoch, dann auf der Tischplatte am Esstisch, draußen am Hochbeet. Umsetzen wie im Ausgangszustand beschrieben. Steht über 3 Minuten lang sicher mit Abstützen, kann abwechselnd eine Hand lösen.
Bewertung	<p><input type="radio"/> viel schlechter als Ausgangszustand</p> <p><input type="radio"/> etwas schlechter als Ausgangszustand</p> <p><input checked="" type="radio"/> wie Ausgangszustand → 3.</p> <p><input type="radio"/> besser, näher am Ausgangszustand als am Ziel</p> <p><input type="radio"/> besser, näher am Ziel als am Ausgangszustand (Ziel nicht erreicht)</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ziel erreicht → 1., 2.</p> <p><input checked="" type="radio"/> besser als im Ziel beschrieben → 4.</p>
Fördernd waren	<p>Regelmäßige Teilnahme an LB-30 hat ihn aus eigener Sicht „entrostet“, Stimmung gehoben.</p> <p>Fortführen des regelmäßigen Umsetzens aus dem Rollstuhl und zurück.</p> <p>Hohe Motivation, im Stehen zu singen „wie damals im Chor“ und dabei das ganze Lied stehend durchzuhalten, wenn er singt – derzeit leider nur allein nach Radiomusik.</p>
Hemmend waren	Rückenschmerzen bei Rumpfeige zur Seite waren aus Sicht von Hr. D. der Hauptgrund für fehlende Fortschritte beim Umsetzen. Ärztin wurde informiert.
Bemerkungen	Hr. D. braucht nicht mehr zu rufen, wenn er im Speisesaal in seinen Rollstuhl zurück möchte, sondern steht einfach geräuschvoll auf als Aufbruchssignal – das empfindet er als weniger peinlich und ist mit dieser Lösung zufrieden.

► **Tab. 6** LSBM Bewertung bei Fr. S.

Aufgabe	Schweregrad
Transfer Rückenlage → Seitlage (60–120° zwischen Becken und Unterlage) in max. 60 s	S 1
Transfer Liegen (z. B. Seitlage) → Sitz auf Bettkante in max. 60 s	S 2
Sitz ohne Anlehnen (z. B. auf Bettkante) bei aufgesetzten Füßen mind. 60 s, bei Bedarf (=S1 oder höher) mit abgestützten Händen	S 3
Transfer Sitz auf der Bettkante → Sitz auf dem (Roll-)Stuhl mit Armlehnen in max. 60 s (Sitzhöhe des Bettes = Sitzhöhe des Stuhls, günstigste Position des Stuhls)	S 3
Transfer Sitz auf dem (Roll-)Stuhl mit Armlehnen → Stand in max. 60 s	S 3
Stehen mind. 60 s, bei Bedarf (=S1 oder höher) mit Abstützen der Hände z. B. am Bettrahmen, Handlauf, Gehhilfen	S 4
Stand → 3 m Gehen und Rückkehr zum Ausgangspunkt in max. 60 s, bei Bedarf (=S1 oder höher) an Gehhilfen (z. B. Rollator)	S 4

S 0 = keine Beeinträchtigung; S 1 = selbständig (auch, wenn niemand in der Nähe ist), aber beeinträchtigt (nur mit Hilfsmitteln, unter Schmerzen, unter großer Anstrengung oder extrem langsam); S 2 = Hilfe (auch Aufsicht/Anleitung) durch eine nicht geschulte Person erforderlich und ausreichend; S 3 = Hilfe (auch Aufsicht/Anleitung) durch eine geschulte Person erforderlich und ausreichend; S 4 = Hilfe gemäß S3 reicht nicht, um Aufgabe wie beschrieben auszuführen).

► **Tab. 7** Monitoring der Zielerreichung mittels Geri-GAS.

Datum	Status und Ziel
Am Beginn der Intervention	
Ausgangsstatus	1. Will nach 15 Minuten Sitzzeit liegen, sinkt dann auch kraftlos zusammen. 2. Steht etwa 20 Sekunden mit beidhändigem Festhalten sowie professioneller Unterstützung.
Ziel (in 6 Monaten)	1. 30 Minuten sitzen mit besserer Kopfkontrolle. 2. 50 Sekunden stehen, Hilfsperson „in Fangbereitschaft“, Kontakt ohne Gewichtsübernahme.
Zwischenstände mind. einmal monatlich erheben und besprechen, hier Ergebnis nach etwa 6 Monaten	
Aktueller Status	1. Will weiter nach 15 Minuten Sitzzeit liegen, hat bis dahin aber deutlich bessere Kopfkontrolle und Haltung. Sitzt beim Essen am Tisch, gemeinsam mit ihrer Zimmergenossin, der sie inzwischen oft zulächelt und sie „Mama“ nennt. 2. Steht etwa 40 Sekunden mit beidhändigem Festhalten, Hilfsperson „in Fangbereitschaft“.
Bewertung	<input type="radio"/> viel schlechter als Ausgangsstatus <input type="radio"/> etwas schlechter als Ausgangsstatus <input type="radio"/> wie Ausgangsstatus <input checked="" type="radio"/> besser, näher am Ausgangsstatus als am Ziel →1. <input checked="" type="radio"/> besser, näher am Ziel als am Ausgangsstatus (Ziel nicht erreicht) →2. <input type="radio"/> Ziel erreicht <input type="radio"/> besser als im Ziel beschrieben
Fördernd waren	Fortführung der Physiotherapie. Enge Absprachen mit allen Therapeuten. Seit zwei Monaten unter antidepressiver Medikation, wirkt nun etwas positiver gestimmt.
Hemmend waren	Depressive Stimmungslage, fortschreitende demenzielle Entwicklung. Bekommt nie Besuch. Hatte bislang keinen ihren Bedürfnissen angepassten Rollstuhl.
Bemerkungen	Hat kürzlich nach längerem Verfahren einen eigenen Rollstuhl mit angepasstem Rückenteil und Kopfstütze bekommen; dadurch neue Optionen?

Erhebung der LSBM bei Frau S.

Fr. S. hält sich immer am Nachtschrank oder dem auf einer Seite hochgezogenen Fallschutz fest, wenn sie sich drehen will. Beim Aufsetzen reicht sie die linke Hand und möchte so in den Sitz gezogen werden, dies erfordert aber wenig Hilfe, überwiegend drückt sie sich mit der rechten Hand von der Matratze hoch. Beim Sitzen ohne Anlehnen schwankt sie bereits nach wenigen Sekunden trotz Abstützen mit den

eigenen Händen, hält die 60 Sekunden aber mit beidseitiger Unterstützung einer geschulten Person durch. Diese ist auch für das Umsetzen erforderlich und schafft die Hilfe ohne zweite Person. Aufstehversuche machen Frau S. ängstlich, sie schafft es mühsam mit einer geschulten Person, steht dann aber nur etwa 20 Sekunden, trotz Festhalten am Handlauf und personell. Gehversuche lehnt Frau S. klar ab. (► **Tab. 6**) zeigt die Bewertung mittels LSBM bei Fr. S.

Zielvereinbarung Frau S.

BPfl.: „Bei Fr. S. ist die Demenz inzwischen so fortgeschritten, dass jedes Gruppentraining sie überfordert. Dabei braucht sie tägliches Training, um wenigstens ihre Sitzfähigkeit zu erhalten, aber sie ist so antriebslos und will nach einer Viertelstunde wieder liegen. Nun hat sie auch noch eine Schluckstörung entwickelt, da wird es doch so wichtig, dass sie beim Essen aufrecht am Tisch sitzt, sonst steigt die Aspirationsgefahr.“

BEx.: „Lass es uns mit den 10-Minuten-Interventionen versuchen. Natürlich ist die Fortführung der Logopädie und anderen Therapien unverzichtbar, aber LB-10 könnte eine wichtige Ergänzung sein.“

BLo.: „Gemäß Severe Mini Mental Examination hat Fr. S. wirklich fortgeschrittene kognitive Defizite, und damit schreiten eben auch die durch die Demenz bedingten körperlichen Beeinträchtigungen voran. Wir dürfen nicht zu viel erwarten, aber wollen doch wenigstens das Fortschreiten der Mobilitätsverluste abbremsen. Mir ist aufgefallen, dass Fr. S. eine unzureichende Kopfkontrolle hat – und wenn der schwere Kopf ihr „wegfällt“, liegt sie eben lieber.“

BEx.: „Wir sollten uns mit allen, die an der Therapie beteiligt sind, abstimmen. Bestimmt haben sie schon Anregungen für realistische Ziele und Tipps, wie wir ihre Behandlung unterstützen können. Die restlichen Interventionen entnehmen wir dann bedarfsgerecht den LB-10.“ Das Monitoring der Zielerreichung bei Fr. S. mittels Geri-GAS ist in ► **Tab. 7** dokumentiert.

FAZIT

- Senioren neigen nach Umzug in ein Pflegeheim zu weiterem Mobilitätsverlust. Um diesen Prozess zu durchbrechen, bedarf es individuell ausgewählter Bewegungsförderung.
- Jeder Bewohner hat ein Recht auf Partizipation bei diesen Entscheidungen, aber die Möglichkeiten zur Partizipation sind oft durch Erkrankungen reduziert.
- Wer pflegebedürftige Personen suffizient beraten und fördern will, muss ihre Wünsche, ihre Fähigkeiten (→Assessment) und verschiedene Methoden der Bewegungsförderung kennen.
- Dieser hohe Anspruch soll in POLKA durch ständig anwesende Bewegungsexperten im Tandem mit sie intermittierend coachenden Bewegungslotsen erfüllt werden.
- Fachwissen kann so über eine dreistufige Multiplikation (FGL → Bewegungslotse → Bewegungsexperte → Pflgeteam) allmählich die gesamte Einrichtung durchdringen.
- An- und Zugehörige erhalten die Möglichkeit, bei der Bewegungsförderung mitzuwirken und ihren Besuch so für alle Beteiligten noch positiver zu gestalten.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Dr. med. Sonja Krupp

Wissenschaftliche Leitung
Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL)
Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck
Geriatriezentrum
Ratzeburger Allee 108
23562 Lübeck
Deutschland
krupp@geriatrie-luebeck.de

Literatur

- [1] GKV Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (August 2020). Im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf; Stand: 06.04.2021
- [2] Kleina T. Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung – Ergebnisse einer Analyse von Studienergebnissen und Versorgungsdaten. P&G 2014; 19: 101–112
- [3] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg. Expertenstandard nach §113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht; 2020
- [4] Strutz N, Kiselev J, Lahmann N. Prädiktoren von Sturzereignissen in Pflegeheimen: eine Querschnittsstudie in Deutschland. HBScience 2020; 11: 44–51. doi:10.1007/s16024-020-00340-w
- [5] Kleina T, Cichocki M, Schaeffer D. Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern – Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. P&G 2013; 18: 5–19
- [6] Wingenfeld K. Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern. P&G 2014; 19: 113–124
- [7] Robert Koch-Institut, Hrsg. Gesundheit in Deutschland: Kapitel 8. Wie gesund sind die älteren Menschen? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin (2015). Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads-GiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 06.04.2021
- [8] Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, § 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20a.html>
- [9] Sozialgesetzbuch Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/5.html>

- [10] Gaertner B, Fuchs J, Möhler R et al. Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *Journal of Health Monitoring* 2021; 6: 2–39. doi:10.25646/785
- [11] Zimmermann K. Gesundheits-Muskeltraining (GMT). *Praxishandbuch. Effekte, praxisbewährt. 2. verbesserte Aufl.* Schorndorf: Hofmann; 2009
- [12] Petré H, Hemmingsson E, Rosdahl H, Psilander N. Development of Maximal Dynamic Strength During Concurrent Resistance and Endurance Training in Untrained, Moderately Trained, and Trained Individuals: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med* 2021; 51: 991–1010 doi:10.1007/s40279-021-01426-9
- [13] Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (2018). Im Internet: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf; Stand: 06.04.2021
- [14] Chaabene H, Prieske O, Herz M et al. Home-based exercise programmes improve physical fitness of healthy older adults: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis with relevance for COVID-19. *Ageing Res Rev* 2021; 67: 101265. doi:10.1016/j.arr.2021.101265
- [15] Ralf C, Krupp S, Willkomm M. Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Multidimensionale Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch ein bewegungsförderndes Programm. *Bundesgesundheitsbl* 2019; 62: 267–273. doi:10.1007/s00103-019-02888-z
- [16] Krupp S, Kasper J, Hermes A et al. Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Ergebnisse der Effektevaluation. *Bundesgesundheitsbl* 2019; 62: 274–281. doi:10.1007/s00103-019-02881-6
- [17] <https://www.aelter-werden-in-balance.de/lmb/was-ist-das-lmb/>; Stand: 08.04.2021
- [18] Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization 2018; ISBN 978-92-4-151418-7
- [19] Rütten A, Pfeifer K, Hrsg. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bewegung/Nationale-Empfehlungen-fuer-Bewegung-und-Bewegungsforderung-2016.pdf
- [20] Jasper BM. *Bewegen, Trainieren, Denken. So fördern Sie Heimbewohner optimal.* Hannover: Vincentz; 2012
- [21] Voelcker-Rehage C, Tittlbach S, Jasper BM et al. *Gehirntraining durch Bewegung. Wie körperliche Aktivität das Denken fördert.* Frankfurt am Main: DTB; 2012
- [22] Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B et al. *Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2..* Hürth: CW Haarfeld; 2011
- [23] World Health Organization 2001; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit Stand Oktober 2005, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/zusatz-02-vor-einfuehrung.htm>; Stand 08.04.2021
- [24] Anlagenband zu den Ergebnissen der Literaturlanalyse zur Aktualisierung des Entwurfs des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ –, erstellt vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld Bielefeld, 29. Juni 2020. Bearbeitung: Dorit Schröder, Jolien Willert, Britta Bender, Projektleitung: Prof. Dr. Klaus Wingenfeld
- [25] Collicut McGrath J, Kischka U. Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Rehabilitation. In: Frommelt P, Lösslein H, Hrsg. *NeuroRehabilitation.* Heidelberg: Springer; 2010: 107–113
- [26] Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clin Rehab* 2006; 20: 756–772
- [27] Kolip P, Schaefer I. Goal attainment scaling as a tool to enhance quality in community-based health promotion. *Int J Public Health* 2013; 58: 633–636. doi:10.1007/s00038-013-0471-4
- [28] Plattner L, Brandstötter C, Paal P. Einsamkeit im Pflegeheim – Erleben und Maßnahmen zur Verringerung. Eine Literaturübersicht. *Z Gerontol Geriat.* 2021 doi:10.1007/s00391-021-01881-z

Betriebliche Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Ernährung im Setting Pflegeheim im Rahmen des Modellvorhabens POLKA

Occupational Health Promotion in the Field of Nutrition in the Nursing Home Setting as Part of the Polka Model Project

Hanna-Kathrin Kraaibeek
Institut
Kraaibeek GmbH, Pinneberg

ZUSAMMENFASSUNG

Der demografische Wandel in Deutschland ist durch niedrige Geburtenraten und eine ständig steigende Lebenserwartung gekennzeichnet. Prognostiziert wird der Anstieg des Anteils der hochaltrigen Menschen und somit einer Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger. Das zieht einen Bedarf an professionellen Pflegekräften nach sich.

Der Beruf der Pflegekraft in der Altenpflege ist ein anspruchsvolles Tätigkeitsfeld mit zahlreichen Herausforderungen. Für die Pflegekraft führt die gesundheitliche Belastung durch Schichtarbeit und die physisch und psychisch herausfordernde Arbeit zu einem überdurchschnittlich hohen Krankenstand. Die Arbeit im Wechselschichtdienst erhöht zusätzlich das Risiko, am Metabolischen Syndrom und damit an abdomineller Fettleibigkeit, Bluthochdruck, erhöhten Blutzucker- und Blutfettwerten zu erkranken. Die Pflegebranche steht im Vergleich zu anderen Berufszweigen bundesweit an der Spitze der krankheitsbedingten Fehlzeiten. Gesunde Pflegekräfte sind für die Gesellschaft unverzichtbar. Der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt daher große Bedeutung in der Gesunderhaltung der Pflegekräfte zu.

Stichworte

Pflegefachkräfte, demografischer Wandel, Betriebliche Gesundheitsförderung

ABSTRACT

Demographic change in Germany is characterized by low birth rates and an ever-increasing life expectancy. It is forecast that the proportion of very old people will increase and so will the number of people in need of care. Therefore, more professional caregivers are needed to fill this gap. The nursing profession in geriatric care is a challenging field of activity with numerous challenges. For the caregiver, the health stress caused by shift work as well as the physically and psychologically challenging work, lead to an above-average level of sick leave. Working in alternating shifts also increases the risk of developing metabolic syndrome and thus of abdominal obesity, high blood pressure, blood sugar and blood lipid levels. Compared to other professions, the caregiver industry is at the forefront of absenteeism due to illness nationwide. Healthy caregivers are essential to society. Occupational health promotion is therefore of great importance in the health of caregivers.

Key words

Caregivers, demographic change, occupational health promotion

Die Kraaibeek GmbH als Anbieter für Dienstleistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Fort- und Weiterbildung von zertifizierten Ernährungsfachkräften ist seit 2020 Projektpartner und verantwortlich für alle ernährungsrelevanten Themen im Modellvorhaben.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Ernährung in der Pflege im Rahmen des POLKA-Projekts

In der Altenpflege arbeiten aktuell knapp 1,1 Mio. Beschäftigte in stationären Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Davon versorgen 310 539 Altenpfleger und Altenpflegehelfer in 13 300 Einrichtungen pflegebedürftige Menschen. Hinzu kommen knapp 70 000 Pflegeschüler in der Altenpflege [1]. 85 % der Beschäftigten sind weiblich, davon arbeiten ca. 72 % in Teilzeit [2]. Drei Viertel der Pfl-

gekräfte gehen davon aus, dass sie nicht bis zur Rente durchhalten. Gründe hierfür sind vor allem die physischen und psychischen Belastungen des Pflegeberufs, die durch Wechselschichten, aber auch die Arbeit mit den Heimbewohner bedingt sind [3]. Psychische Störungen führen geschlechtsübergreifend die Liste der Diagnosen als Ursache für Krankheitsfehltag von Pflegekräften an, auf Platz 2 liegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bzw. Erkrankungen des Bewegungsapparates [4].

Zielorientierung in der BGF Ernährung im Rahmen von POLKA

Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA steht das Thema Übergewicht bei Pflegefachkräften, insbesondere auch bei den Auszubildenden in der Pflege, im Fokus. Die Intervention beinhaltet die Erlangung einer angepassten Energiebilanz durch Steigerung des Umfangs der körperlichen Aktivität (Energieverbrauch) gemäß der WHO für arbeitende Erwachsene einerseits und der angepassten Energiezufuhr (DAK-Gesundheit Programm – Deltaprinzip) andererseits. Das Ziel des Modellvorhabens POLKA ist u. a. im Bereich Ernährung die Verringerung des Anteils an Pflegekräften mit dem Risiko für Übergewicht sowie die Steigerung der Anzahl an Einrichtungen mit einem bewegungs- und ernährungsassoziierten Konzept zur Vermeidung von Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Ernährungsgewohnheiten und Einflussfaktoren im Pflegeberuf

Einflussfaktoren auf die Ernährung im Pflegeberuf

Die Arbeit in der Altenpflege und im Wechselschichtdienst beeinflusst die persönliche Lebensgestaltung, die Gesundheit sowie die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Pflegekräfte gleichermaßen. 20% der Auszubildenden in Pflegefachberufen sind übergewichtig, ca. 4% adipös. Bei rund 40% verschlechterte sich das Ernährungsverhalten während der Ausbildung zusätzlich [5, 6].

Gesundheits- und Krankenpfleger, die häufig in Nachtschichten arbeiten, essen überdurchschnittlich wenig Obst und Gemüse sowie (Vollkorn-)Getreideprodukte und nehmen nachweislich weniger warme Mahlzeiten ein. Der durch die Schichtarbeit gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus fördert Heißhungerattacken und erschwert die Wahrnehmung von Hunger und Sättigung. Gleichzeitig kann neben der Auswahl der Lebensmittel auch eine unzureichende bzw. unregelmäßige Mahlzeitenstruktur Mangelernährung und Übergewicht bzw. Adipositas begünstigen [7].

Durch die Arbeit in Wechselschichten außerhalb von Tagdiensten ist das Risiko der Erkrankung am Metabolischen

Syndrom signifikant erhöht [8]. Gleichzeitig stellen neben den unregelmäßigen Arbeitszeiten auch Überstunden und fehlende bzw. zu kurze Pausen eine Belastung dar. Über die Hälfte der Beschäftigten leisten tagtäglich Überstunden [9]. 25% der Pflegekräfte haben die Möglichkeit, eine 30-minütige Pause zu machen; bei einem Großteil beträgt die Pausenzeit nur 15 Minuten. Rund 60% der Pausen können aus Zeitgründen nicht oder nur selten genommen werden [10].

Es ist also nicht nur wenig Zeit und Raum für gesundes Essen, sondern auch für gesundes Essverhalten vorhanden. „Die Ernährung ist ein zentraler Faktor für das Wohlbefinden. Denn wie man sich ernährt, beeinflusst die körperliche Leistungsfähigkeit und die Gesundheit grundlegend.“ [11] Die Ernährungsweise kann sich sowohl negativ als auch positiv auf das Wohlbefinden auswirken. Umgebung und Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, verfügbare Zeit, ...) wirken hier als Verstärker. Negative Folgen können Snacking, Heißhunger, der verstärkte Griff zu Fast Food oder aber kein Appetit sein.

Ernährungsbezogene Gesundheitskompetenz als Schlüssel zur Zielorientierung

Neben den vor allem das Setting betreffenden Punkten muss auch die (ernährungsbezogene) Gesundheitskompetenz eines jeden Einzelnen berücksichtigt werden. Mehr als 55% der Erwachsenen in Deutschland besitzen nach eigener Einschätzung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Das heißt, dass sie gar nicht in der Lage sind, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen und einzuordnen. Besonders betroffen sind Personen mit fehlender formaler Bildung in prekären Beschäftigungsverhältnissen, Geringqualifizierte und Personen, die im Niedriglohnsektor arbeiten; somit auch zu einem großen Anteil Pflege(hilfs)kräfte. Nachweislich steigt die Ernährungskompetenz mit Bildung und Einkommen [12]. Demgegenüber steht die Tatsache, dass in der Pflege-Ausbildung ernährungs- und gesundheitsbezogenes Wissen vermittelt wird.

Eingeschränkte Schreib- und Lesekompetenzen beeinflussen die Ernährungskompetenz negativ, da sie beispielsweise das Wissen um die Auswahl und Zubereitung von gesunden Lebensmitteln einschränken. Das fängt beim Einkaufen an, da Etiketten nicht (richtig) gelesen und verstanden werden können. Zutatenlisten, Inhaltsstoffe, Nährstofftabellen und der Nährstoffgehalt von Produkten können nicht ins Verhältnis gesetzt werden. Eine Entscheidung für oder gegen ein Produkt wird somit viel mehr durch Werbung, Marke, Produktaufmachung und Preis beeinflusst [13].

In der Theorie wird davon ausgegangen, dass die Ernährungsbezogene Gesundheitskompetenz bereits im Alter von 5 Jahren in vollem Umfang ausgeprägt ist. Somit stellt sich die Frage, wie theoretische Inhalte für alle Berufsgruppen in der Pflege über alle Bildungsgrade und Altersgruppen hinweg verständlich und nachhaltig vermittelt werden können.

Die soll auch unter der Berücksichtigung geschehen, dass etwa 10–30 % der Pflegehilfskräfte einen Migrationshintergrund haben und ein Großteil hiervon in erster Generation in Deutschland lebt und arbeitet. Die Inhalte müssen somit einfach und verständlich formuliert sein.

Um eine Momentaufnahme der aktuellen Ernährungssituation und des Ernährungsverhaltens der Pflegekräfte in den Pflegeheimen zu erhalten, werden zum einen anthropometrische Daten wie Alter, Gewicht, Körpergröße zur Ermittlung des BMI, aber auch die Körperzusammensetzung via bioelektrischer Impedanz-Messung erhoben. Neben den anthropometrischen Daten werden unter anderem auch die (digitale) ernährungsbezogene Gesundheitskompetenz sowie die Belastung durch die Arbeit im Schichtsystem oder auch die Auswirkungen durch psychisch und physisch belastende Arbeit auf das Essverhalten und die Lebensmittelauswahl erhoben.

Ausblick

Die Förderung der ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz im stark beanspruchenden Alltag der Pflegekräfte kann über viele Wege gelingen. Insbesondere durch das seit 2020 anhaltende Pandemiegeschehen rücken digitale Lösungen in den Vordergrund, hybride Lösungen werden im Nachgang großes Gewicht behalten.

Pflegekräfte erhalten über die Verbindung von Ernährung und Bewegung und die Umsetzung über digitale und analoge Medien individuelle Lösungen, ihr persönliches Normalgewicht zu erreichen oder zu erhalten. Unter dem Titel „Ernährung & Bewegung – nur zusammen“ sind verschiedenste Interventionen geplant zu Themen wie „Energiebilanz“, „Energiedichte“ und „Achtsames Essen“. Die Planung und inhaltliche Ausarbeitung erfolgt gemeinsam mit dem Projektpartner, dem Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement.

Interessenkonflikt

Die Autorin ist Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA wird der Autor durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Hanna-Kathrin Kraaibeek

Am Drosteipark 3
25421 Pinneberg
Deutschland
info@kraaibeek.de

Literatur

- [1] Becker C. Prävalenz und Risikofaktoren von Sarkopenie bei Patienten mit Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes. Düsseldorf: Deutsches Diabetes Zentrum. 2019; Im Internet: <https://nachrichten.idw-online.de/2019/05/31/praevaenz-und-risikofaktoren-von-sarkopenie-bei-patienten-mit-typ-1-diabetes-und-typ-2-diabetes/>; Stand: 19.03.2021
- [2] Statistisches Bundesamt. 4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019. Wiesbaden: 2020. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html;jsessionid=E0ECFFEEC-C8B90A3821F8A1711AEC98B.internet732; Stand: 19.03.2021
- [3] Scharfenberg E. Was beschäftigt Pflegekräfte – Online Umfrage 2016. 2016; Im Internet: http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf; Stand: 19.03.2021
- [4] Grobe T, Steinmann S. Gesundheitsreport 2019 – Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften (Juni 2019). Hamburg. Im Internet: <https://www.tk.de/resource/blob/2059766/2ee52f34b8d545eb81ef1f3d87278e0e/gesundheitsreport-2019-data.pdf>; Stand: 19.03.2021
- [5] Bomball J, Schwanke A, Stöver M et al. Gesundheitsförderung – Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung. Die Schwester Der Pfleger 2010; 49: 11: 1048–1054. Bremen: Universität Bremen; Im Internet: http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Gesunde_Pflege_beginnt_in_der_Pflegeausbildung_Schw_Pfl_11_10_2019_1.pdf; Stand: 19.03.2021
- [6] von Lindeman K, Kugler J, Klewer J. Ernährungsgewohnheiten, BMI und Diätversuche von Auszubildenden in Gesundheitsfachberufen. HeilberufeScience 2011; 2: 67–70. doi:10.1007/s16024-011-0239-9
- [7] Meßmer J, Nössler C, Carlsohn A. Ernährungsverhalten von Gesundheits- und Krankenpflegern im Nachtdienst. Prävent Gesundheitsförderung 2018; 13: 233–236. doi:10.1007/s11553-018-0643-4
- [8] Watanabe K, Sakuraya A, Kawakami N et al. Work-related psychosocial factors and metabolic syndrome onset among workers: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes 2018; 19: 1557–1568. doi:10.1111/obr.12725
- [9] Bispinck R, Dribbusch H, Öz F et al. Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen – Eine Analyse auf Basis der WSI Lohnspiegel-Datenbank. Düsseldorf: WSI in der Hans-Böckler-Stiftung. 2013; Im Internet: https://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_2013_21_pflegerberufe.pdf; Stand: 19.03.2021
- [10] Wenzel K. Gesund essen im Pflegealltag. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (2018). Im Internet: <https://www.pflegemagazin-rlp.de/gesund-essen-im-pflegealltag>; Stand: 19.03.2021
- [11] Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. 2016. doi:10.17886/RKI-GBE-2016-021.2
- [12] Ernährungskompetenz in Deutschland. 2020; Stand: 25.03.2021
- [13] Hafen M. Die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in der frühen Kindheit. Public Health Forum 2017; 25: 81–83. doi:10.1515/pubhef-2016-2125

Ein Einstieg zu digitalen Möglichkeiten im POLKA-Projekt – der Adventskalender 2020

An Introduction to Digital Possibilities in the POLKA Project – the Advent Calendar 2020

Janina Gassert¹, Franz-Josef Baldus², René Streber³

Institute

- 1 Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH, Heidelberg
- 2 Snack-Content Company (SCC) Deutschland GmbH, Köln
- 3 Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen

Die Idee für einen digitalen Adventskalender kam auf, um die Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen gerade in der Vorweihnachtszeit zu unterstützen. Durch die steigenden Zahlen, die Mehrbelastung und die sozialen Einschränkungen wurde in diesen schweren Zeiten psychisch wie physisch mehr abverlangt als zuvor. Die Übermittlung der digitalen Inhalte sollte die Interessenten auf einfachem Weg erreichen und Informationen und Tipps für einen gesünderen Arbeitsalltag vermitteln. Die technische Vorbereitung und die Details der Übermittlung werden im Folgenden beschrieben.

Mit Kreation und Produktion der einzelnen Adventskalender-Türchen haben wir unsere Kurzvideoagentur, die Snack-Content Company (SCC) Deutschland GmbH, beauftragt. Von ihr wurde folgendes Konzept erarbeitet und umgesetzt.

Das Key-Visual

Damit der Adventskalender sowohl in Online- als auch in Print-Medien identifizierbar ist, wurde zunächst ein markantes Bild entwickelt, ein sogenanntes „Key-Visual“. Es zeigt ein Häuschen mit 24 Türen, das in eine wohlig-wertige weihnachtliche Umgebung eingebettet ist.

Die Postkarte

Aufgrund der Pandemie konnte das Angebot leider nicht Face-to-Face beworben werden. Deshalb wurde gemeinsam eine Postkarte entworfen, welche die Beschäftigten in den Einrichtungen erhielten. Auf der Vorderseite der Postkarte war das Key-Visual zu sehen, auf der Rückseite war eine Kurzinfor und eine Erklärung für die Nutzung der App Notify, über welche die einzelnen Türchen per Messenger versandt wurden, abgebildet. Hierzu konnte direkt ein QR-Code mit Erklärvideo abgescannt oder die Schritt-für-Schritt-Anleitung für den Download der App Notify und das Abonnieren des MOVE Messengers befolgt werden.

Intro & Outro

Alle Adventskalender-Türchen sind eigenständige Videos, die vom 1. bis 24. Dezember via Notify an die Abonnenten verschickt wurden – zusammen mit einem Nachrichtentext, wie man das zum Beispiel auch von WhatsApp-Nachrichten kennt. Der Messenger-Dienst Notify wird über die Plattform Messenger People bereitgestellt. Hier wurden die Inhalte für jedes Türchen eingespeist und die Einstellungen zum Versenden an die POLKA-Gruppe getätigt. Die Nachrichten wurden meist am Vormittag zwischen 9 und 11 Uhr versandt, sodass viele Beschäftigten diese ungefähr zu ihrer Frühstückspause erhielten. Dies variiert allgemein durch den Schichtdienst und die unterschiedlichen Zeitpläne in den Einrichtungen, wurde jedoch von einigen Einrichtungsleitungen in Absprache als günstige Uhrzeit befürwortet.

Jedes der 24 Videos besitzt ein Intro auf der Basis des Key-Visuals, in dessen Verlauf sich das jeweilige Datums-Türchen öffnet und den Blick auf das Tagesthema freigibt.

Danach beginnt das eigentliche Video. Durch die „visuelle Klammer“ des Adventskalenders konnten hier nun ganz unterschiedliche Videos eingesetzt werden:

- Rücken-Mythen
- Animationsvideos
- Realvideos

Die Rücken-Mythen

Um mit Gerüchten und Fake-Informationen zu Rückenschmerzen und deren Ursachen aufzuräumen, hatte die Snack-Content Company schon im Laufe des Jahres einige animierte Illustrationsvideos für den DVGS e. V. entwickelt. Dabei wurden durch Wissenschaftler des DVGS e. V. evidenzbasierte Inhalte als Briefings zugeliefert. In jedem der 10 Videos wurde jeweils ein bekanntes Märchen aufgegriffen und in pfiffiger Weise mit einer Rücken-Thematik ver-



► **Abb. 1** Adventskalender Titelbild. Quelle: DVGS [rerif].



► **Abb. 5** Beispielszene. Quelle: DVGS [rerif].



► **Abb. 2** Adventskalender mit offenem ersten Türchen. Quelle: DVGS [rerif].



► **Abb. 6** Bewegung verbessert die Schlafqualität. Quelle: DVGS [rerif].



► **Abb. 3** Zwischenintro. Quelle: DVGS [rerif].



► **Abb. 4** Dornröschen als Rückenmärchen. Quelle: DVGS [rerif].

knüpft. Einige der so entstanden Rücken-Mythen, z. B. Dornröschen, fanden ihren Weg in den Adventskalender und wurde dort als Türchen veröffentlicht.

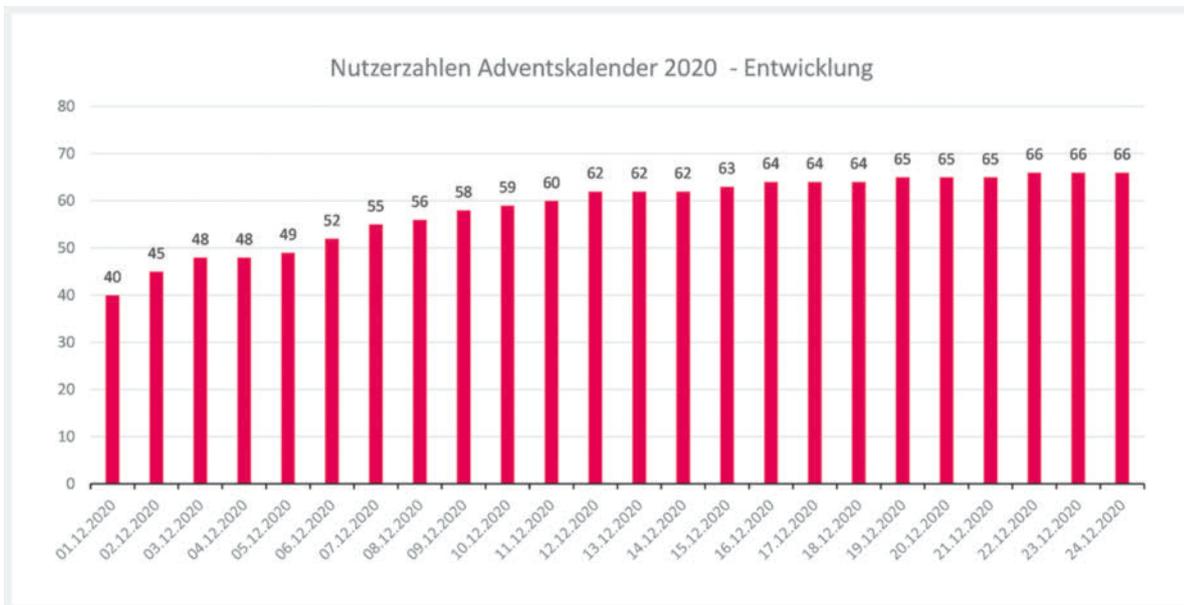
Animationsvideos

Auch aus einigen weiteren Erklärvideos, die im Laufe des Jahres zu Rückenfakten entstanden sind, wurden Auszüge separiert und konnten als Adventskalender-Videos veröffentlicht werden. Auch diese Videos basieren auf evidenzbasierten wissenschaftlichen Briefings seitens des DVGS e. V.

Realvideos

Lediglich die Realvideos wurden eigens für den Adventskalender neu erstellt. Auch hierzu hat der DVGS e. V. evidenzbasierte Inhalte als Briefings erstellt – wobei das Thema „Bewegungsbezogene Achtsamkeit“ aufgrund der besonderen Stress-Situation von Pflegekräften im Vordergrund stand. Die Briefings sahen den Einsatz von zwei Akteuren (Pflegerin, Pfleger) vor. Hierzu wurden seitens der Snack-Content Company eine Schauspielerin und ein Schauspieler gecastet.

Gedreht wurde unter Corona-Bedingungen an einem Drehtag in einer zuvor ausgewählten Location – und zwar auf einem iPhone 12 Pro Max. Das entstandene Videoma-



► **Abb. 7** Nutzerzahlen Adventskalender, 2020 – Entwicklung. Quelle: DVGS [rerif].

terial wurde im Rahmen der Postproduktion mit Textanimationen und Ton versehen und, wie auch die Rücken-Mythen und Animationsvideos, in den Adventskalender integriert.

Aus diesen Bestandteilen wurden für den Adventskalender in dramaturgisch richtiger Reihenfolge 24 Türchen inhaltlich zusammengesetzt. (► **Abb. 1–6**)

Evaluation der Nutzung des Messenger-Angebots

► **Abb. 7** zeigt, wie sich die Nutzerzahlen des Adventskalenders im Dezember 2020 entwickelt haben. Insgesamt konnten 66 Personen erreicht werden.

Die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen via einem Smartphone-Messenger zur Förderung der Gesundheitskompetenz ist ein neues Interventionsformat.

Es bietet vielfältige Möglichkeiten der kontextbezogenen Bereitstellung von Gesundheitsinformationen, die unmittelbar in den beruflichen wie privaten Alltag integriert werden können. Durch die Bereitstellung der Informationen auf dem Smartphone sind diese Informationen schnell abrufbar.

Die Reaktionen fielen positiv aus. Neben der leichten Zugänglichkeit wurden vor allem die abwechslungsreiche und kreative Art und Weise der Darstellung der Gesundheitsinformationen positiv hervorgehoben.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Janina Gassert

Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH
 Bergheimer Straße 147
 69115 Heidelberg
 Deutschland
 jga@hd-ifg.de

Gamification von Bewegung und Gesundheit

Gamification of Exercise and Health

Andreas Buchhalter
Institut
TeraKnights GbR, Niederkassel

Der Beitrag wurde bereits veröffentlicht unter
<https://dvgs.de/de/features/blog/item/119-gamification-von-bewegung-und-gesundheit.html>

Die Digitalisierung schreitet immer weiter fort. Auch im Bereich Bewegung und Gesundheit gibt es immer mehr gesetzliche Rahmenvorgaben für Anwendungsmöglichkeiten.

Wer mit offenen Augen durchs Leben geht, sieht in der heutigen Zeit immer mehr Anwendungen der Digitalisierung. Animierte Reklamen auf Gebäuden, Smart-Home-Anwendungen, Fitness-Tracker und Handy-Apps für fast jede Lebenslage sind nur einige Beispiele hierfür.

Im Jahr 2016 kam die Handy-App Pokemon GO auf den Markt, und plötzlich sah man auf den Straßen und in Parks mehr und mehr neue Gesichter und beobachtete Leute dabei, sich untereinander spielerisch auszutauschen und gemeinsam Ausflüge zu unternehmen. Als Nutzer fand man sich plötzlich in der Situation, dass man täglich viel mehr Schritte macht, ohne bewusst darauf zu achten, sich mehr zu bewegen. Dies ist ein sehr gutes Beispiel dafür, wie die Digitalisierung, die vermeintlich nur in unseren Geräten wie Smartphones oder PCs stattfindet, dennoch unser soziales Leben und den realen Alltag beeinflussen kann.

Dies ist ein Großteil dessen, womit sich Gamification befasst. Die Einbindung spieltypischer Inhalte in spielfremde Umgebung, also mit der Frage: Wie können Games (Video-spiele) unseren Alltag und somit die Realität in positivem Maße beeinflussen?

Ein veranschaulichendes Beispiel ist hier die „Pianotreppe“ in Stockholm. Wie an den allermeisten Orten dieser Welt, wurde auch hier bei einer Treppe und der danebenliegenden Rolltreppe durch Besucher zum Großteil die Rolltreppe benutzt. Nachdem aber kurzerhand die Treppe zu einer

„Pianotreppe“ umgebaut wurde, die beim Hinauf- und Herabsteigen Musik macht, nutzten viel mehr Menschen eben diese Bewegungsvariante. Es handelt sich also um die gleiche Art von körperlicher Bewegung wie zuvor (Trep-pensteigen), macht den Nutzern aber durch den Musikeinsatz deutlich mehr Spaß, wird dadurch häufiger genutzt und steigert so die körperliche Bewegung. Der Einsatz von Musik und Piano-Optik animiert so spielerisch die Bewegungsförderung.

Gamification hat verschiedene Anwendungsformen und gilt natürlich nicht nur für Bewegung, sondern wird auch zum Beispiel bei Google für die Abrechnung von Reisekosten, an Ampeln zum Verkürzen der Wartezeit oder auch mit einem Erfahrungssystem in Firmen genutzt, um Gehälter zu organisieren. Die Anwendungsmöglichkeiten von Gamification sind also breit gefächert.

Im Gesundheitswesen und der Bewegung kann es sehr hilfreich sein, digitale Inhalte wie Games zu nutzen, um motorische, kognitive und psychosoziale Lern- und Bewegungsziele (zur Erlangung einer Bewegungs-, Steuerungs-, und Selbstregulationskompetenz) zu erreichen. Dies geht zum einen durch das Lehren von Bewegungszielen (z. B. dem Verbessern der Motorik oder Vermitteln von Gesundheitsfakten). In diesem Fall werden Nutzer nicht direkt in Bewegung gebracht, lernen aber wertvolle Fakten und Tipps zum jeweiligen Thema. Dadurch wird ihnen das nötige „Werkzeug“ an die Hand gegeben, um im Alltag die Bewegungsabläufe zu verbessern und sich allgemein mehr im Sinne der Gesundheit und Fitness zu verhalten (► **Abb. 1**).

Die zweite Digitalisierungsmethode ist die direkte Umsetzung von Bewegungsinhalten. Der Nutzer muss in diesem Fall bestimmte Bewegungen durchführen, um sein Ziel zu erreichen. Dies reicht von Minispiel-Inhalten, die die (Fein-) Motorik fördern, bis hin zu Spielen, die durch Immersion (Einbindung) in die Spielwelt Aufgaben verteilen, welche man durch Bewegung zu erledigen hat.



► **Abb. 1** Ernährungsbilanz-Quiz des DVGS e. V.
Quelle: DVGS [rerif].

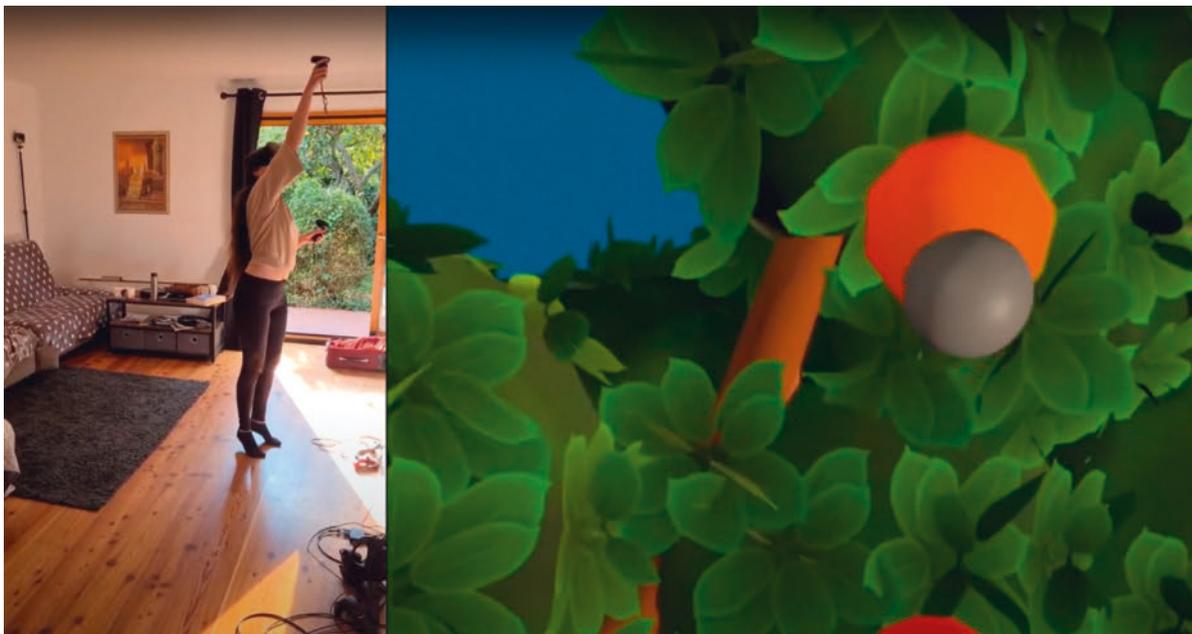
So wird beispielsweise im „Projekt: Apfelernte“ des DVGS e. V. (im Modellvorhaben POLKA) der Spieler angeleitet, in der virtuellen Realität Äpfel zu pflücken, um diese danach zu leckerem Apfelkuchen verarbeiten zu können (► **Abb. 2**). Um zu diesen Äpfeln zu gelangen, muss der Spieler sich allerdings strecken, um sie zu erreichen, und danach Kniebeugen machen, um sie im Korb abzulegen. Dies bringt den Spieler in Bewegung und fördert so seine allgemeine Körperwahrnehmung und Fitness, ohne ihm als „langweiliges Training“ vorzukommen. Man verpackt also Bewegung in ein Gewand, welches auch Leuten Spaß macht, die nicht bewegungsaffin sind.

Diese „Apfelernte“ ist Teil des Modellvorhabens POLKA, welches darauf abzielt, die körperliche Aktivität der Bewohner von Pflegeheimen durch digitale Inhalte zu fördern, verbessern und zu erhalten.

In ► **Tab. 1** findet sich ein Querschnitt einiger Games, die für das Modellvorhaben POLKA als geplante Optionen zur Verfügung stehen:

Diese Tabelle unterteilt sich in einige Punkte, die sowohl Anwendbarkeit als auch Spielspaß, Lernziele und viele weitere Punkte in Erwägung ziehen und miteinander vergleichen.

Um diese Faktoren zu bewerten, stellten wir uns bei der Erstellung der Tabelle folgende Fragen (gemäß aktuellem Leitfaden Prävention SV GKV Kapitel 7):



► **Abb. 2** „Projekt Apfelernte“ des DVGS e. V. im Modellvorhaben POLKA. [rerif]

► Tab. 1 Projektabelle des DVGS e. V. im Modellvorhaben POLKA.

Name	Zielgruppen- neignung	Ziel			Nutzungs- plattform	Usability	User Experience	Nutzungs- muster	Nutzungs- zeit	Nutzungs- intensität	Stärken (Förderfaktoren)	Schwächen (Barrieren)
	Indikatio- nen// Kontraindi- kationen	motorische Ziele	kognitive Ziele (BCT)	psychosoziale Ziele (BCT)		Gebrauchs- tauglichkeit Kompatibili- tätszusage	positives Nutzungs- serlebnis					
Apfel pflücken	Körperlich aktiv Können gehen Können stehen Bettlägerige Mental- funktions- fähig	Erhaltung und Verbesser- ung der Feinmoto- rik// Koordination Flexibilität	Stärkung des Verständnis- ses von Alltagsaktivi- täten	Interessewecken- de Präsentation von Inhalten Hoher Aufforde- rungscharakter Setzen von Verhaltens- und Ergebniszielen	VR	3	9	Einzelspieler	~ 15 min	Hohe Interaktivität Gamification	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewegung sofort in das Spiel integriert ■ - Natürlichste Art der Steuerung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anfällig für Simulation Sickness ■ Spieler ist rein visuell „abgeschottet“ ■ Hohe Hardware-Kosten ■ - Vorbehalte durch Personal//Spieler möglich
Fotografie Urlaubsort	Körperlich aktiv Können gehen Können stehen Bettlägerige Mental- funktions- fähig	Erhaltung und Verbesser- ung der Feinmoto- rik// Koordination Flexibilität	Umgebungs- wahrneh- mung verbessern Stärkung des Verständnis- ses von Alltagsaktivi- täten	Nostalgische Komponente Motivation// Empathie durch visuelle Reize Setzen von Verhaltens- und Ergebniszielen	Tablet// Handy AR	5	6	Einzelspieler	~ 15 min	Personalisier- barkeit Hohe Interaktivität Gamification	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intuitiv ■ Geringe Einstiegskosten ■ Bewegung sofort in das Spiel integriert ■ - Selbstständig- e Weiterfüh- rung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Akkulaufzeit ■ Performance ■ - Geringe körperliche Aktivität
Schmetter- lingsflug	Körperlich aktiv Können gehen Können stehen Bettlägerige Mental- funktions- fähig	Erhaltung und Verbesser- ung der Feinmoto- rik// Koordination Flexibilität	Umgebungs- wahrneh- mung verbessern Reaktionsfä- higkeit verbessern	Gute Kontroll- wirksamkeit Geringe Nutzerbarriere Setzen von Verhaltens- und Ergebniszielen	Hololens AR Tablet// Handy AR	7	5	Einzelspieler	~15 min	Hohe Interaktivität Gamification	<ul style="list-style-type: none"> ■ Steuerung alleine mit Kopfbewegung möglich ■ Natürliche Art der Steuerung ■ Bewegung sofort ins Spiel integriert ■ Geringes Einstiegslevel ■ - Selbstständig- e Weiterfüh- rung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Akkulaufzeit ■ Performance ■ Einlernzeit für Mitarbeiter ■ Hohe Hardware-Kosten ■ - Geringe körperliche Aktivität

► Tab. 1 Fortsetzung.												
Name	Zielgruppen- neignung	Ziel			Nutzungs- plattform	Usability	User Experience	Nutzungs- muster	Nutzungs- zeit	Nutzungs- intensität	Stärken (Förderfaktoren)	Schwächen (Barrieren)
	Indikatio- nen// Kontraindi- kationen	motorische Ziele	kognitive Ziele (BCT)	psychoziale Ziele (BCT)		Gebrauchs- tauglichkeit Kompatibili- tätszusage						
Wimmelbild	Körperlich aktiv Können gehen Können stehen Bettlägerige Mental funktionsfä- hig	Erhaltung und Verbesser- ung der Feinmoto- rik// Koordination	Umgebungs- wahrneh- mung verbessern Stärkung des Verständnis- ses von Alltagsaktivi- täten	Motivation durch nostalgische Komponente Soziale Unterstüt- zung (Mehrspieler) Soziale Interaktion Gute Kontrollwirk- samkeit Geringe Nutzerbarriere Hoher Aufforde- rungscharakter Setzen von Verhaltens- und Ergebniszielen Mentales Üben	Tablet// Fernseher statisch	8	4	Einzelspie- ler// ausbaubar zu Mehrspieler	~ 10 min	Personalisier- barkeit Hohe Interaktivität Gamification	Intuitiv Geringe Einstiegskos- ten Hoher Interaktions- grad - Selbstständi- ge Weiterfüh- rung	Akkulaufzeit Performance - Geringe körperliche Aktivität
Alm	Körperlich aktiv Können gehen Können stehen Bettlägerige Mental funktionsfä- hig	Erhaltung und Verbesser- ung der Ausdauer Kräftigung Koordination Flexibilität	Transfer von Bewegungs- zielen Handlungs- und Effektwissen zum Thema Ausdauer Lernen am Modell	Gruppenver- ständnis// - aufga- ben nahebringen Emotionale Komponente Motivation durch nostalgische Komponente Soziale Interaktion Geringe Nutzerbarriere Anleitung zur Ausführung eines Verhaltens Mentales Üben Ergebnisbezoge- ne Belohnung	Fernseher// Tablet	9	7	Mehrspieler	~ 20-30 min	Personalisier- barkeit Gamification	Gruppenfähig Emotionale Bindung Intuitiv Variabel im Bezug auf Lernziele - Hohe körperliche Aktivität	Anleiten vermutlich nötig Akkulaufzeit - Performance

► Tab. 1 Fortsetzung.

Name	Zielgruppen- neignung	Ziel	Nutzungs- plattform	Usability	User Experience	Nutzungs- muster	Nutzungs- zeit	Nutzungs- intensität	Stärken (Förderfaktoren)	Schwächen (Barrieren)				
Tamagotchi	Körperlich aktiv Können gehen Mental funktionsfä- hig	motorische Ziele Erhaltung und Verbesserung der Ausdauer Kräftigung Koordination Erhöhung der körperlichen Aktivität	kognitive Ziele (BCT) Handlungs- und Effektwissen zum Thema Ausdauer	psychosoziale Ziele (BCT) Emotionale Komponente Selbstwirksam- keit Hoher Aufforderungs- charakter Handlungspla- nung Setzen von Verhaltens- und Ergebniszielen Ergebnisbezoge- ne Belohnung	Handy// Smartwatch	7	Gebrauchs- tauglichkeit Kompatibili- tätszusage	7	positives Nutzungs- serlebnis	Einzelspieler	viele kleine Sessions über den Tag verteilt	Personalisier- barkeit Gamification	Stärken (Förderfaktoren)	Schwächen (Barrieren)
									Emotionale Bindung Bei Bedarf fort- laufende Beschäftigung Erinnerung möglich Fortschritts- Tracking im Spiel Hohe körperliche Aktivität - Selbstständi- ge Weiterfüh- rung	Akkulaufzeit Performance - Bildschirmgrö- ße				

Indikationen//Kontraindikationen: Für welche Zielgruppe von Bewohnern kann das Game genutzt werden?

- Ziel: Welche motorischen//kognitiven//psychosozialen Ziele soll das Game verfolgen und welche Eigenschaften somit fördern oder erhalten?
- Nutzungsplattform: Welche Plattform kann genutzt werden, um die angestrebten Ziele für die vorgesehene Zielgruppe zu erreichen?
- Usability: Wie einfach ist es für den Nutzer, das Game zu verwenden (dies ist meist zu einem großen Teil abhängig von der Nutzungsplattform)?

User Experience: Wie viel Potenzial hat das Game in Bezug auf Spielspaß, Immersion und Aufforderungscharakter?

Nutzungsmuster: In welcher Zusammenstellung von Nutzern kann das Game angewandt werden?

Nutzungszeit: Wie oft und wie lange wird das Game gespielt?

Nutzungsintensität: Was sind vermeintliche Besonderheiten dieses Games?

Stärken: Welche Stärken bringt das Game mit, um die angestrebten Ziele zu verfolgen?

Schwächen: Welche Schwächen und Schwierigkeiten könnte dieses Game aufweisen?

All diese Fragen sind in dieser Tabelle unter Berücksichtigung dessen, dass die Games sich vornehmlich an Bewohner von Altenheimen richten, beantwortet.

Interessenkonflikt

Der Autor ist Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA wird der Autor durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Andreas Buchhalter

TeraKnights GbR
Karl-Hass-Straße 17
53859 Niederkassel
Deutschland
a.buchhalter@teraknights.com

POLKA – Gesundheitsförderung für und mit den Beschäftigten

Interviews mit teilnehmenden Einrichtungen

POLKA – Workplace Health Promotion for and with the Employees

Interviews with participating institutions

Hanna Lenz, Janina Gassert

Institut

Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH, Heidelberg



► **Abb. 1** Stadtgarten Bad Oldesloe. Quelle: HI Dienstleistungs GmbH [rerif]

Im folgenden Beitrag soll die Sicht aus den Einrichtungen auf das Projekt POLKA abgebildet werden. Beispielhaft wurden vier Führungskräfte von Hanna Lenz (Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH) zum Modellvorhaben interviewt.

Stadtgarten Bad Oldesloe: Thilo Büscher

Herr Büscher, Sie nehmen mit Ihrer Einrichtung an dem POLKA-Projekt – Betriebliche Gesundheitsförderung teil. Wie viele Bewohner leben in Ihrer Einrichtung und wie viele Beschäftigte kümmern sich dabei um einen reibungslosen Ablauf?

Im Stadtgarten (► **Abb. 1**) leben 118 Menschen auf 4 Wohnbereichen. Die Versorgung wird von ca. 90 Mitarbeitern sichergestellt.

Welche Personen gehören in Ihrer Einrichtung zum Leitungsteam und wer übernimmt die Koordination für das POLKA Projekt?

Zum Leitungsteam des Stadtgartens gehören neben der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung auch die Leitung Aktivteam (soziale Betreuung) und die Hauswirtschaftsleitung. Die Koordination des POLKA Projekts wird von der Einrichtungsleitung übernommen.

Welche Beanspruchungen müssen Sie in Ihrem Arbeitsalltag bewältigen?

Die Pflege, Betreuung und Versorgung von pflege- und hilfsbedürftigen Menschen führen nicht nur zu physischen, sondern auch zu psychischen Belastungen bei den Mitarbeitern. Die Mitarbeiter sind – trotz diverser Hilfsmittel und Schulungen zur Mobilisation/ Transfer von Bewohnern – täglich erheblichen Belastungen ausgesetzt. Das betrifft u.a. das Heben von Lasten und das Arbeiten in ungünstigen Positionen.

Welche Erwartungen haben Sie an das POLKA-Projekt?

Die Mitarbeiter sollen ein Bewusstsein für ihren Körper und das Thema Gesundheit entwickeln und durch Anleitung Unterstützung bei individuellen Herausforderungen erhalten. Bewegung, Sport oder Veränderungen gesundheits-schädlichen Verhaltens sollen nicht als Last, sondern als Chance wahrgenommen werden. Dabei ist es wichtig, dass die Mitarbeiter sich individuell angesprochen fühlen und sich somit intrinsisch motiviert zeigen.

Welche Ziele haben Sie mit Ihrer Einrichtung für das POLKA-Projekt?

Die Mitarbeiter sollen die Chance haben, ihren physischen und psychischen Zustand zu erhalten oder zu verbessern. Speziell diejenigen, die bisher keinen Zugang zu gesundheitsförderlichem Verhalten gefunden haben, sollten angesprochen werden. Wirklich nachhaltig wird das Projekt erst dann, wenn es den Mitarbeitern gelingt, eine Verhaltensveränderung herbeizuführen.

Welche Herausforderungen sehen Sie im POLKA-Projekt bei der Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Pflegeeinrichtungen?

Den Stein ins Rollen zu bringen, wird vermutlich nicht die größte Herausforderung sein. Den Stein am Rollen zu behalten, wird vermutlich sehr viel schwerer sein. Die größten Herausforderungen werden Kontinuität und Nachhaltigkeit darstellen.

Lotti-Tonello-Haus (Vorwerker Diakonie) Lübeck – Manuela Zastrow-Behrent (Einrichtungsleitung)

Frau Zastrow-Behrendt, Sie nehmen mit Ihrer Einrichtung an dem POLKA-Projekt – Betriebliche Gesundheitsförderung teil. Wie viele Bewohner leben in Ihrer Einrichtung und wie viele Beschäftigte kümmern sich dabei um einen reibungslosen Ablauf?

Im Lotti-Tonello-Haus (► **Abb. 2**) leben 109 Bewohner, die von 103 Mitarbeitern umsorgt werden.

Welche Personen gehören in Ihrer Einrichtung zum Leitungsteam und wer übernimmt die Koordination für das POLKA Projekt?

Unser Leitungsteam besteht aus der Einrichtungsleitung, der Pflegedienstleitung, der Hauswirtschaftsleitung und der Fachkraft für Betreuung und Wohnbereichsleitung. Die Koordination für das Projekt übernehmen dabei die Einrichtungsleitung und die Pflegedienstleitung gemeinsam.

Welche Beanspruchungen müssen Sie in Ihrem Arbeitsalltag bewältigen?

Unser höchstes Ziel ist eine umfassende und an die individuellen Bedürfnisse angepasste Versorgung der Bewohner. Des Weiteren wird eine vielseitige soziale Betreuung geboten. Damit wollen wir zur Zufriedenheit der Bewohner beitragen. Ich persönlich habe außerdem die Fürsorgepflicht meinen Mitarbeitern gegenüber und mir ist es wichtig, dass es den Bewohnern und Mitarbeitern gut geht.

Welche Erwartungen haben Sie an das POLKA-Projekt?

Ich erwarte, neue Methoden und neuen Input kennenzulernen, der zum Ausgleich der Arbeit beiträgt, und dass neue Wege aufgezeigt werden, die einem auch im Arbeitsalltag weiterhelfen können.

Welche Ziele haben Sie mit Ihrer Einrichtung für das POLKA-Projekt?

Dass die Pausen sinnvoll genutzt werden können und dass die Mitarbeiter dazu befähigt werden, Bewegungsmöglichkeiten während der Arbeit zu erkennen und mit Lust zu nutzen.

Welche Herausforderungen sehen Sie im POLKA-Projekt bei der Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Pflegeeinrichtungen?

Ich sehe die Herausforderung darin, die Aktivitäten im POLKA-Projekt in die Arbeitszeit einzubauen.



► **Abb. 2** Lotti-Tonello-Haus Lübeck. Quelle: Vorwerker Diakonie gGmbH [rerif]

In't ole Amt Aukrug – Claudia Ohrt (Stv. Pflegedienstleitung)

Frau Ohrt, Sie nehmen mit Ihrer Einrichtung an dem POLKA-Projekt – Betriebliche Gesundheitsförderung teil. Wie viele Gäste besuchen täglich Ihre Einrichtung und wie viele Beschäftigte kümmern sich dabei um einen reibungslosen Ablauf?

Wir haben regulär 25 Plätze im In't ole Amt Aukrug (► **Abb. 3**), können aber aufgrund der derzeitigen bestehenden Corona-Auflagen jedoch nur bis zu 19 Tagesgäste aufnehmen, um den Abstandsregeln gerecht zu werden.

Welche Personen gehören in Ihrer Einrichtung zum Leitungsteam und wer übernimmt die Koordination für das POLKA Projekt?

Pflegedienst- und Eichrichtungsleitung Björn Witt, sowie ich, Claudia Ohrt, als stellvertretende Pflegedienstleitung, die auch die Koordination des Projektes übernimmt.



► **Abb. 3** In't ole Amt Aukrug. Quelle: Krankenpflege Aukrug gGmbH [rerif]



► **Abb. 4** Das Haus im Park Norderstedt. Quelle: Das Haus im Park gGmbH [rerif]

Welche Beanspruchungen müssen Sie in Ihrem Arbeitsalltag bewältigen?

Wir haben den Auftrag, unsere Tagesgäste über den gesamten Tag zu begleiten, zu fördern und zu unterstützen und auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Bei unterschiedlichen kognitiven und körperlichen Fähigkeiten ist es manchmal nicht immer einfach, allen gerecht zu werden.

Welche Erwartungen und Ziele haben Sie mit Ihrer Einrichtung für das POLKA-Projekt?

Mehr Individualität in der Erfassung und Umsetzung für die Bewegungsförderung der Tagesgäste. Die Sensibilisierung der Leitungskräfte fördern, um die psychischen und körperlichen Belastungen der Mitarbeiter wahrzunehmen und mithilfe der Mitarbeiter denen entgegenzuwirken.

Welche Herausforderungen sehen Sie im POLKA-Projekt bei der Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Pflegeeinrichtungen?

In unserer Einrichtung sehen wir kein Problem bei der Umsetzung, wir sind ein kleines Team von 20 Mitarbeitern, welche an einem Strang ziehen und sich auf Augenhöhe begegnen. Alle Beschäftigten waren sofort begeistert, als wir das POLKA-Projekt vorgestellt haben, und sind gerne bereit, auch einen Teil ihrer Freizeit dafür aufzubringen.

Das Haus im Park Norderstedt – Maja Lesniewicz-Scheibel (Einrichtungsleitung)

Frau Lesniewicz-Scheibel, Sie nehmen mit Ihrer Einrichtung an dem POLKA-Projekt – Betriebliche Gesundheitsförderung teil. Wie viele Bewohner leben in Ihrer Einrichtung und wie viele Beschäftigte kümmern sich dabei um einen reibungslosen Ablauf?

Im Haus im Park Norderstedt (► **Abb. 4**) leben 78 Bewohner. Dabei kümmern sich ca. 60 Mitarbeiter um einen reibungslosen Ablauf.

Welche Personen gehören in Ihrer Einrichtung zum Leitungsteam und wer übernimmt die Koordination für das POLKA Projekt?

Das Leitungsteam besteht aus der Pflegedienstleitung, der Leitung der sozialen Betreuung, der Hauswirtschaftsleitung, dem Prokuristen sowie der Heimleitung und Geschäftsführung. Die derzeitige Koordination liegt bei der Heimleitung sowie der Leitung der sozialen Betreuung.

Welche Beanspruchungen müssen Sie in Ihrem Arbeitsalltag bewältigen?

In unserem Arbeitsalltag haben wir viele verschiedene Belastungen zu bewältigen. Dazu zählen unter anderem physische und psychische Belastung, mentale Beanspruchung (durch Gruppenangebote) sowie Ideenreichtum und Kreativität. Das aktuelle Pandemiegesehen erhöht zudem die normale Arbeitsbelastung.

Welche Erwartungen haben Sie an das POLKA-Projekt?

Durch Hilfe zur Selbsthilfe erhoffen wir uns für alle Mitarbeiter Entlastung im Arbeitsalltag. Ein Thema, das uns sehr interessiert, ist Zeitmanagement. Hier hoffen wir auf neue Ideen und Erfahrungen. Außerdem möchten wir das betriebliche Gesundheitsmanagement für die Mitarbeiter fördern und Wege finden, dies individuell und zeitlich zu realisieren.

Welche Ziele haben Sie mit Ihrer Einrichtung für das POLKA-Projekt?

Durch das POLKA-Projekt möchten wir die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken. Ziel für die Mitarbeiter ist die Gesunderhaltung, ohne dabei den Stresslevel zu erhöhen. Für die Bewohner, die an dem POLKA-Projekt ebenfalls teilnehmen, erhoffen wir uns eine höhere Selbstständigkeit und somit eine höhere Lebensqualität sowie den Erhalt der Beweglichkeit.

Welche Herausforderungen sehen Sie im POLKA-Projekt bei der Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Pflegeeinrichtungen?

Wir sehen die große Herausforderung darin, die Mitarbeiter für das Projekt und die Programme erstmal zu motivieren. Außerdem spielen das Zeitmanagement, zeitliche Ressourcen, aber auch die räumlichen und personellen Ressourcen einen entscheidenden Faktor bei der Planung. Aktuell ist zudem mit Einschränkungen aufgrund des Pandemiegesehens zu rechnen.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind Partner des Modellvorhabens POLKA. Im Rahmen des Modellvorhabens POLKA werden die Autoren durch den Projektträger DAK-G finanziert.

Korrespondenzadresse



Hanna Lenz

Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH
Bergheimer Straße 147
69115 Heidelberg
Deutschland
hle@hd-ifg.de



Janina Gassert

Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement GmbH
Bergheimer Straße 147
69115 Heidelberg
Deutschland
jga@hd-ifg.de

B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport

37. Jahrgang

erscheint 6-mal jährlich

ISSN (Print) 1613-0863

Die B&G wird gelistet im Emerging Sources

Citation-Index (ESCI).

Offizielles Organ des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V.

Die Zeitschrift erschien bis 2003 unter dem Titel: Gesundheitssport und Sporttherapie. Grundlagen, Prävention, Rehabilitation.

Schriftleitung

Dr. Stefan Peters, München

Herausgeber

Prof. Dr. Gerhard Huber, Heidelberg;

Prof. Dr. Freerk T. Baumann, Köln

Verlag

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469

Stuttgart, www.thieme.de,

www.de/fz/bewegungstherapie-gesundheitssport,

www.thieme-connect.de/products

Herstellung: Heike Ebeling

Redaktion: Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Vogelsanger Weg 48, 50354 Hürth-Efferen, Tel. (02233) 65017; Fax (02233) 64561, E-Mail: dvgs@dvgs.de, www.dvgs.de.

Daniela Elsasser (v.i.S.d.P.), Tel. (0711) 8931-732,

Fax -619, E-Mail: daniela.elsasser@thieme.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. em. Dr. K. Bös, Deutsches Walking Institut, Karls-

ruher Institut für Technologie (KIT); Dr. H. Deimel,

Sporthochschule Köln; Prof. Dr. K. Eckert, IST-Hoch-

schule für Management, Düsseldorf; Prof. em. Dr. G.

Hölter, Universität Dortmund; Dr. D. Lagerström, IHP,

University of Agdar, Kristiansand/Norwegen; Prof. Dr.

K. Pfeifer, DGRW, Universität Erlangen-Nürnberg;

Prof. Dr. A. Schaller, Deutsche Sporthochschule Köln;

PD Dr. J. Wiskemann, Nationales Centrum für Tumor-

erkrankungen (NCT), Universitätsklinikum Heidel-

berg; Prof. Dr. G. Wydra, dvs, Universität Saarbrücken

Anzeigenleitung: Thieme Media, Markus Stehle,

Tel. (0711) 8931-734, Fax -624,

E-Mail: markus.stehle@thieme-media.de

Anzeigenpreisliste Nr. 29. Anzeigen erscheinen unter der Verantwortung der Auftraggeber.

Satz: MPS Limited, Bangalore (India)

Druck: AZ Druck und Datentechnik, Heisinger

Straße 16, 87437 Kempten

Bezugspreise 2022: Jahresabonnement 61,- €, Preis für Studierende 30,00 €, zzgl. Versand: Inland 17,20 €, Ausland 23,90 €, Preis für ein Einzelheft 15,00 €. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt. Institutioneller Jahresbezugspreis 171,00 €. Jährliche Bezugspreise in € (D), unverbindlich empfohlene Preise inkl. der gesetzl. MwSt (D). Im Ausland verstehen sich die Preise und Versandkosten exkl. der gesetzlichen MwSt. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn keine Abbestellung zum 30. September erfolgt.

Manuskripte: Der Verlag haftet nicht für Manuskripte, die unverlangt eingereicht werden. Grundsätzlich werden nur solche Manuskripte angenommen, die vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Die Manuskripte dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Blättern zum Abdruck angeboten werden. Mit der Annahme des Manuskriptes zur Veröffentlichung überträgt der Verfasser für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhG) dem Verlag die ausschließlichen Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15ff des UrhG für alle Auflagen/Updates, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung in gedruckter Form, in elektronischen Medienformen (Datenbanken, Online-Netzsysteme, Internet, CD-ROM, DVD etc.) sowie zur Übersetzung und Weiterlizenzierung.

Die Autorenrichtlinien sind online zu finden unter <https://www.thieme.de/de/bewegungstherapie-gesundheitssport/autoren-6934.htm> und können bei der Redaktion oder beim Verlag angefordert werden.

Copyright & Ownership

Wenn nicht anders angegeben: © 2021. Thieme. All rights reserved. Die Zeitschrift *Bewegungstherapie & Gesundheitssport* ist Eigentum von Thieme. Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Wichtiger Hinweis: Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Applikationsformen, Behandlungstechniken oder Übungsanleitungen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Behand-

lungsbeschreibungen und der Beipackzettel der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebenen Empfehlungen für Behandlungen, Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Jede Dosierung, Applikation, Behandlung oder Übung erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Die Rubrik „**Forum der Industrie**“ enthält Beiträge, die auf Unternehmensinformationen basieren. Einzelne Beiträge sind ganz oder teilweise von einem Unternehmen gesponsert und separat gekennzeichnet. Die Rubrik „Forum der Industrie“ erscheint außerhalb der Verantwortung der wissenschaftlichen Herausgeber der Zeitschrift.

Thieme-connect: Die wissenschaftlichen Arbeiten stehen online in Thieme-connect zur Verfügung. Internetseite: www.thieme-connect.de/products. Der Zugang ist für persönliche Abonnenten im Preis enthalten. Bei Fragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an das Thieme-connect Helpdesk: helpdesk@thieme-connect.de. Über kostenpflichtige Zugangsmöglichkeiten und Lizenzen für Institutionen (Bibliotheken, Kliniken, Firmen, etc.) informiert Sie gerne das Sales-Team, E-Mail: sales@thieme-connect.de

Datenschutz:

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.

Abonnementservice:

Umgezogen? Neue Bankverbindung? Namensänderung? Fragen zu Ihrem Abonnement?

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht:
KundenServiceCenter Zeitschriften,
Tel. 0711/ 8931-321, Fax 0711/8931-422,
<https://kundenservice.thieme.de>



DVGS LERNPLATTFORM

Registrieren auf der DVGS-Lernplattform.

Um die Angebote auf der DVGS-Lernplattform nutzen zu können, benötigen Sie ein Benutzerkonto.

Die einmalige Registrierung ist kostenfrei.



KONTAKT

Dr. René Streber

Tel.: 09131-85 28 176

rene.streber@dvgs.de



www.lernplattform.dvgs.de



ONLINE IN EIN GESÜNDERES LEBEN

MIT DEN ONLINE-COACHINGS
DER DAK-GESUNDHEIT.

Hier ist
für jeden der
passende Coach
dabei!

Jetzt starten! Bequem von zuhause aus:
www.dak.de/dakonlinecoaching



**Scannen und
mehr erfahren.**

DAK
Gesundheit
Ein Leben Lang.