



Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung

Ausgangslage

Gesundheitsförderung und Prävention gelten im Setting der stationären pflegerischen Versorgung in Deutschland nach wie vor als eher nachrangige Themen. Diesem Umstand liegt eine Denkweise zugrunde, wonach Gesundheitsförderung den Beginn einer idealtypisch vorgestellten Versorgungskette markiert und sich vorrangig an noch gesunde Menschen richtet, während Pflege am Ende eines Versorgungsverlaufs bereits eingetretene Einschränkungen oder Behinderung versorgen und so weit wie möglich kompensieren soll [1]. Letzteres gilt in besonderer Weise für die stationäre pflegerische Langzeitversorgung, die sich – was die gesundheitliche Lage der Heimpopulation betrifft – erheblich wandelt, befördert auch durch die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre.

Anfang der 1970er-Jahre lag das durchschnittliche Heimeintrittsalter noch bei rund 72 Jahren und stieg bis Mitte der 2000er-Jahre bereits auf deutlich über 80 Jahre an [2]. Die in der Pflegeversicherung angelegten Prinzipien zum Vorrang der ambulanten gegenüber der stationären Versorgung haben – verbunden mit dem verbreiteten Wunsch pflegebedürftiger Menschen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit versorgt zu werden [3] – diese Entwicklung forciert. Gleichzeitig wird – bei einer insgesamt jedoch recht dürftigen Datenlage – eine abnehmende

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein.

Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen befundet. So verbrachten einer Studie zufolge Pflegebedürftige 2014 im Schnitt 27,1 Monate in einer Einrichtung – über 5 Monate weniger als noch 2007 [4].

Sowohl der spätere Heimeintritt als auch kürzere Verweildauern sind Indikatoren für eine veränderte Klientel in der stationären pflegerischen Versorgung, die durch sehr hohes Alter, chronische Erkrankungen, erhebliche Funktionseinschränkungen, häufig auch kognitive Beeinträchtigungen und multimorbide Zustände gekennzeichnet ist [5]. Hieraus resultieren höchste Vulnerabilität und erhebliche Pflegebedarfe, die sich in den – im Vergleich zur häuslichen Versorgung – verbreitet höheren Pflegegraden in der Heimversorgung abbilden.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine intensivere Beschäftigung mit Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in der stationären Pflege zunächst nicht vorrangig. Eine Expertenbefragung zur nutzerorientierten Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung [6] belegt zum einen die verbreitete Priorisierung zugunsten notwendiger therapeutischer und medizinisch-pflegerischer Versorgung und gibt zum anderen Hinweise auf ein uneinheitliches und eher diffuses Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention seitens der Pflegenden. Hierbei erscheint insbesondere die Abgrenzung von gesundheitsförderlichem, präventivem und medizinisch-pflegerischem Handeln teilweise unklar. Eine nachrangige Beschäftigung mit Gesundheitsförderung in der Pflege ist jedoch nicht angemessen. Für das Konzept der Gesundheitsförderung

ist konstituierend, dass Menschen in unterschiedlichsten Gesundheitszuständen, Lebenslagen und Altersgruppen sinnvolle Adressaten für gesundheitsbewahrendes und -förderndes Denken und Handeln sind.

Zielsetzung dieses Beitrags ist es, Überlegungen zu einem spezifischen Verständnis von Gesundheitsförderung im Setting der stationären pflegerischen Versorgung – im Sinne von Herausforderungen und Möglichkeiten – darzustellen, dabei die hohe Relevanz von Gesundheitsförderung in Institutionen aufzuzeigen und daran anknüpfend grundlegende Ansatzpunkte für gesundheitsförderliches Handeln in der Langzeitversorgung in Bezug auf eine höchst vulnerable Zielgruppe zu reflektieren.

Gesundheitsförderung im hohen Lebensalter

Die Begriffe Gesundheitsförderung und (primäre, sekundäre sowie tertiäre) Prävention werden häufig unscharf und bisweilen auch synonym verwendet. In diesem Beitrag wird im Weiteren der Begriff der Gesundheitsförderung als handlungsleitendes Prinzip zur Aufrechterhaltung und Stärkung gesundheitsrelevanter Potenziale, Funktionen und Kompetenzen gewählt, der Begriff der Prävention findet in diesem Zusammenhang keine weitere Anwendung. An dieser Stelle nur ein knapper Abriss zur Abgrenzung beider Konzepte:

Beide Begriffe stehen für grundlegend unterschiedliche Konstrukte mit je eigenen theoretischen Implikationen und Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. Während Prävention einem klassisch pathogenetischen Denken ent-

springt, welches vor dem Hintergrund (potenziell) krankheitsverursachender Risiken bemüht ist, schädigende Einflüsse auf die Gesundheit abzuwehren oder zu minimieren, folgt die Gesundheitsförderung dem salutogenetischen Paradigma von Aaron Antonovsky [7–9]. Dieses geht unter anderem von der Prämisse eines Gesundheitskontinuums aus, das die Relativität von Gesundheit und Krankheit kennzeichnet. Demnach wird der Erhalt von Gesundheit als dynamisches Geschehen begriffen, das permanent in Beziehung zu Störfaktoren und Krankheitszuständen austariert werden muss. Im Gegensatz zur dichotomen Vorstellung von Gesundheit und Krankheit in der pathogenetischen Denktradition geht die Salutogenese davon aus, dass kein Individuum durch vollkommene Gesundheit oder vollkommene Krankheit charakterisierbar ist, sondern stets „gesunde“ und „kranke“ Anteile vereint. In diesem Zusammenhang kommt der Förderung von gesundheitsbezogenen Ressourcen die Aufgabe zu, die Position einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum so nahe wie möglich am Zustand „Gesundheit“ zu halten bzw. die Entstehung eines Ungleichgewichts in Richtung „Krankheit“ zu verhindern.

Der hier zugrunde gelegte relative Gesundheits- und Krankheitsbegriff ist insbesondere an die Gegebenheiten des hohen Lebensalters anschlussfähig. Im Gegensatz zum jungen und mittleren Erwachsenenalter gilt für das sehr hohe Lebensalter, dass Gesundheit in dieser Lebensphase nicht die völlige Abwesenheit von Einschränkungen und Krankheitsprozessen bedeuten kann, sondern als Zustand einer dem Lebensalter angemessenen Funktionsfähigkeit zu begreifen ist, die Einfluss nimmt auf den Erhalt von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität [10]. Insbesondere sehr alte Menschen laufen dabei angesichts von (chronischen) Krankheitsprozessen und Funktionseinbußen Gefahr, auf dem Gesundheitskontinuum zunehmend in ein Ungleichgewicht von abnehmenden Ressourcen einerseits und wachsenden Risiken andererseits zu geraten. Damit sind auch wesentliche Ansatzpunkte von

Gesundheitsförderung im sehr hohen Lebensalter beschrieben: Vorhandene physische, psychische und soziale Ressourcen in einer besonders vulnerablen Zielgruppe sind zu identifizieren und mit Blick auf den Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität zu stärken; weiteren Ressourcenverlust gilt es zu verhindern. Dies betrifft in besonderem Maße bereits eingeschränkte und hilfebedürftige Personen, wie sie im Setting der stationären Pflege vorherrschen. Zu betonen ist hier nochmals, dass in jeder Lebensphase – auch bei dauerhaften körperlichen, kognitiven oder sozialen Einbußen – wenigstens ein Mindestmaß an Ressourcen und Potenzialen existiert [11].

Durch welche spezifischen Herausforderungen ist nun gesundheitsförderliches Handeln in der pflegerischen Langzeitversorgung vor dem bis hierher skizzierten Hintergrund charakterisierbar?

Herausforderungen für Gesundheitsförderung im Setting der stationären Pflege

Die spezifischen Bedingungen, denen sich gesundheitsförderliches Handeln in der stationären Pflege gegenüberstellt, können in drei Bereiche kategorisiert werden, die in Wechselwirkungen zueinanderstehen: (1) zunehmend komplexe therapeutische und medizinisch-pflegerische Versorgungsprozesse, (2) hohe Arbeitsbelastung der Pflegekräfte sowie (3) Defizite im Hinblick auf Konzeptionen zur nachhaltigen Integration von gesundheitsförderlichem Denken und Handeln in das tägliche Versorgungsgeschehen.

Der oben skizzierte Wandel der Bewohnerstruktur in Einrichtungen führt zu veränderten Tätigkeitsanforderungen für Pflegekräfte. Die Versorgung einer zunehmenden Zahl von physisch und/oder kognitiv erheblich eingeschränkten Bewohnern mit hohen Pflegegraden erfordert zwangsläufig Schwerpunktsetzungen in den Arbeitsabläufen, die oftmals auf eine zumindest implizite Unterscheidung von „notwendigen“ und „zusätzlichen“ Leistungen hinauslaufen. Gesundheitsförderliche Angebote laufen in diesem Zusammenhang Gefahr,

als Zusatzleistungen betrachtet zu werden, die abhängig von vorhandenen Zeitressourcen der Pflegekräfte Versorgungsbestandteil sind oder nicht.

Dieser Umstand ist nachvollziehbar eng verknüpft mit der angespannten Personalsituation in vielen Pflegeeinrichtungen (hohe Arbeitsverdichtung, Fachkräftemangel bei vergleichsweise geringer Bezahlung; [12]), wodurch die Pflegekräfte selber zu einer wichtigen Zielgruppe von (betrieblicher) Gesundheitsförderung werden [13]. Obgleich in hohem Maße bedeutsam für ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit in der (stationären) Versorgung, ist dies nicht Gegenstand dieses Beitrages.

Mit Blick auf Angebote zur Gesundheitsförderung von Pflegeheimbewohnern bleibt festzuhalten, dass hohe Arbeitsbelastung und -verdichtung grundsätzliche strukturelle Hemmnisse für kontinuierliches ressourcenorientiertes Versorgungshandeln darstellen können. Gleichzeitig sehen sich viele Pflegebedürftige angesichts wahrgenommener körperlicher oder kognitiver Einschränkungen selber gar nicht als sinnvolle Adressaten für Gesundheitsförderung und fordern daher entsprechende Angebote vom Personal selten aktiv ein.

Angesichts der beschriebenen Konstellation aus Priorisierung von medizinisch-pflegerischen Leistungen, (personal-)strukturellen Hemmnissen und verbreiteten Selbstwahrnehmungen von Bewohnern erscheint eine Verständigung aller an der Versorgung Beteiligten darüber notwendig, in welchen Versorgungsaspekten und in welcher Form Gesundheitsförderung sinnvoll integrierbar ist und wie darüber hinaus ressourcenorientiertes Denken und Handeln in alltägliche Routinen der Lebenswelt Pflegeheim einfließen kann. In Betracht kommen hierfür grundsätzlich physische, kognitive und soziale Anknüpfungen in der Alltagswelt von Pflegeheimbewohnern.

Gesundheitsförderliche Ansatzpunkte in der Lebenswelt Pflegeheim

Bewegungsförderung gilt als klassischer ressourcenorientierter Ansatz im Bereich pflegerischer Versorgung. Unbestritten

sind die positiven Effekte körperlichen Trainings auch bei bereits vorliegenden Morbiditäten und Einschränkungen [14–16]. Es besteht in diesem Zusammenhang seit Längerem ausreichende Evidenz zu den Entwicklungspotenzialen von Bewegungsfähigkeit und weiteren funktionalen Befähigungen im hohen Alter auch bei physischen und kognitiven Beeinträchtigungen [17, 18]. Dennoch werden insgesamt niedrige Aktivitätslevel [19], ein großer Bedarf an evidenzbasierten Programmen [20] und ein Mangel an systematisch geplanten und durchgeführten Aktivierungsmaßnahmen [21] dokumentiert. Für bewegungsorientierte Strategien bieten sich dabei insbesondere individuelle Ansätze an: Empfohlene Aktivitätspläne [22] besitzen eine besondere Relevanz für Menschen, die von (Multi-)Morbidität betroffen sind. Individuelle Bedürfnisse können hier berücksichtigt und der einzelne Bewohner zur selbstständigen körperlichen Aktivität angeregt werden. In knapp einem Drittel der Heime in Berlin/Brandenburg verfügen die Bewohner beispielsweise jedoch nicht über derartige Aktivitätspläne. Darüber hinaus fehlt es in mehr als der Hälfte dieser Heime an Anleitung und Anregung für Bewohner, um zu lernen, Alltagsbewegungen als (Trainings-)Stimuli für die körperliche Aktivität zu nutzen [23]. Genau hierin kann jedoch ein besonders vielversprechender Ansatz gesehen werden: Die Förderung eines eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens im Zusammenhang mit alltagsbezogenen Tätigkeiten erscheint – bei entsprechender Konzeptionierung – in hohem Maße integrierbar und anschlussfähig an die Lebenswelt Pflegeheim. Dies setzt voraus, individuelle Potenziale und Ressourcen bei Bewohnern zu erkennen und in alltägliche Übungen – etwa zum Erhalt von Beweglichkeit – zu übersetzen. Dies kann – je nach funktionalen Fähigkeiten – von Bewegungsübungen im Bett über alltagsintegriertes Treppensteigen bis hin zu therapeutisch begleitetem Fitnesstraining reichen. Lebensweltliche Ausrichtung in Institutionen bedeutet dabei, dass Maßnahmen in den räumlichen, strukturellen und personalen Rahmenbedingungen durchführbar sind und

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:261–266 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02879-0>
© Der/die Autor(en) 2019

S. Blüher · A. Kuhlmeier

Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung

Zusammenfassung

Spezifische Rahmenbedingungen in der stationären Langzeitversorgung sehr alter, chronisch (mehrfach) erkrankter Menschen werfen die Frage auf, welche Rolle die Gesundheitsförderung in der Pflege und Versorgung dieser höchst vulnerablen Zielgruppe spielen kann. Hemmnisse für ein konsequentes ressourcenorientiertes Denken und Handeln in Pflegeeinrichtungen können in einer zu starken Priorisierung medizinisch-pflegerischer Versorgung in Verbindung mit (personal-)strukturellen Defiziten gesehen werden. Hinzu kommen fehlende oder unzureichende Konzeptionen für eine nachhaltige Integration von gesundheitsförderlichen Ansätzen in die Alltagsgestaltung der Lebenswelt Pflegeheim. Der Beitrag plädiert dafür, über die pflegerische Versorgung hinaus, die sozialräumlichen Bedingungen der Lebenswelt Pflegeheim in umfassender Weise gesundheitsförderlich zu reflektieren und zu gestalten, um ein

eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten von Bewohnern zu ermöglichen. Die Förderung der Partizipation von Bewohnern sowie Anleitung, Begleitung und Motivation stellen sich in diesem Zusammenhang als wesentliche Aufgaben für Pflegekräfte dar. Zielsetzung ist hierbei die Stärkung gesundheitsrelevanter Kompetenzen von Pflegeheimbewohnern.

Das Konzept der aktivierenden Pflege sollte vor diesem Hintergrund dezidiert gesundheitsförderlich ausformuliert werden, um die Potenziale eines pflegerischen Verständnisses zu nutzen, das die Förderung von Kompetenzen als integralen Bestandteil von Pflege begreift.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung · Pflegeheim · Gesundheitskompetenz · Partizipation · Aktivierende Pflege

Health promotion in nursing homes

Abstract

Specific environmental conditions in long-term care facilities for very old chronically ill and multi-morbid residents raise issues regarding health promotion in nursing and the care of this highly vulnerable target group. Too much prioritisation of medical and nursing care, combined with (personnel-related) structural deficits, may be an obstacle to consistent resource-oriented thinking and behaviour in these settings. This may be additionally compounded by a lack of appropriate strategies to support sustained integration of health-promoting activities into the facilities' daily routines.

This article advocates for a holistic approach that looks beyond care provision and integrates a health promotion perspective. It encourages reflection on and modification of socio-spatial conditions in care settings

so that residents are empowered to take more responsibility for their own health related behaviour. Encouraging residents to participate and providing guidance, support and motivation are key tasks for nursing staff in this context. The aim is to develop and stimulate the residents' own strengths and resources related to their health.

Against this background, the “activating care” concept should be elaborated with much greater emphasis on health promotion in order to maximise the potential of a theory that sees skills and resource development as an integral aspect of care.

Keywords

Health promotion · Nursing home · Health literacy · Participation · Activating care

sich an den Tagesabläufen der Bewohner und des Pflegepersonals orientieren. Ein Beispiel für einen lebensweltlich vernetzten und ganzheitlichen Ansatz zur Bewegungsförderung stellt das Lübecker Modell „Bewegungswelten“ dar (siehe weitere Beiträge in diesem Heft).

In jedem Fall ist zu betonen, dass die Entwicklung von geeigneten Maßnahmen in einer partizipativen Form geschehen sollte, das heißt, dass interessierte Bewohner motiviert werden, sich mit ihrem lebensweltlichen Wissen aktiv an der Gestaltung von Angeboten zu beteiligen. Studien zeigen diesbezüglich

die Notwendigkeit, Wünsche und Bedarfe, persönliche Präferenzen und Übungserfahrungen bei Bewohnern [24] in einem partizipativen Vorgehen zu ermitteln [25].

Auch die komplementärmedizinische Gesundheitsförderung bietet Beispiele für Ansätze, die gut an das Alltagserleben von Pflegeheimbewohnern anknüpfen können. Sie umfasst Bereiche der Tagesstrukturierung (z. B. Beschäftigungsangebote aus dem musisch-kreativen und spielerischen Bereich, Meditationsangebote, Angebote zur Förderung sozialer Kontakte), hydrotherapeutische Anwendungen (z. B. Kneippgüsse, Wassertreten, Teil- und Vollbäder, Wickel und Auflagen) oder Heilpflanzen (z. B. Herstellung von Tees, Exkursionen zum Thema Pflanzen und Kräuter oder die gemeinsame Anlage und Pflege von Kräuterbeeten). Die Entwicklung eines eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens wird unmittelbar durch komplementärmedizinische Maßnahmen gefördert, da viele der Anwendungen auf täglicher, wenn möglich selbstständiger Wiederholung und Übung im Tagesrhythmus basieren und den älteren Menschen unmittelbar miteinbeziehen [26]. Pilotstudien mit komplementärmedizinischen Konzepten weisen in diesem Zusammenhang auf positive Effekte im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens, der Lebensqualität und des Wohlbefindens hin [27, 28].

Die hier beschriebene Förderung eines – soweit wie möglich – eigenverantwortlichen, alltagsintegrierten Gesundheitsverhaltens von Bewohnern – ob in Form von Bewegung, Gedächtnistraining, naturheilkundlichen Anwendungen, Ernährung oder sozialer Aktivität – folgt dem Grundgedanken einer gesundheitsförderlichen Gesamtgestaltung der Lebenswelt Pflegeheim. Aus dem Konzept der Salutogenese heraus bedeutet dies, dass im Versorgungsgeschehen wie auch im sozialräumlichen Alltagsgeschehen von Einrichtungen die gesundheitsbezogenen Ressourcen und Kompetenzen der Bewohner konsequent im Fokus stehen, mithin nach wie vor verbreitete einseitige Orientierungen an gesundheitsbezogenen Defiziten so weit wie möglich überwunden werden sollten.

Den Pflegekräften kommen in diesem Zusammenhang insbesondere Aufgaben in der Anleitung, Begleitung und Motivation von Bewohnern zu. Die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen in gesundheitsförderlichen Lebenswelten folgt in diesem Sinne dem bereits in der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO; [29]) formulierten Verständnis von Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung als Teil pflegerischen Handelns oder Zusatzleistung?

Im Rahmen dieses Beitrags wird die Integration von ressourcenorientiertem Denken und Handeln in das alltägliche Versorgungsgeschehen als Herausforderung und zugleich als wichtiger Ansatzpunkt für eine nachhaltige gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt Pflegeheim benannt. Das Bemühen um eine ressourcenorientierte Versorgung berührt dabei die Frage, inwieweit pflegerisches Handeln per se bereits einen gesundheitsförderlichen Charakter impliziert oder inwieweit Ressourcenstärkung als eigenständige Strategie und zusätzliche Leistung die pflegerische Versorgung ergänzt.

Das Konzept der „aktivierenden Pflege“ erscheint in diesem Zusammenhang als Ansatz, der pflegerisches Handeln mit gesundheitsförderlichem Anspruch verbindet. Die Bundesrahmenempfehlungen der nationalen Präventionskonferenz [30] erachten diesbezüglich die Förderung verbliebener Fähigkeiten wie auch das Vorbeugen von weiteren Einschränkungen oder Komplikationen (bspw. Dekubitus, Mangelernährung, Stürze) als Charakteristika professioneller aktivierender Pflege. Damit wird der aktivierenden Pflege eine vor allem prophylaktische (tertiärpräventive) Zielrichtung zugewiesen, während eine ressourcenorientierte Sichtweise zwar benannt wird („Förderung verbliebener Fähigkeiten“), eine konkretere gesundheitsförderliche Konzeption an dieser Stelle jedoch fehlt. Zudem existiert im Sozialgesetzbuch XI kein expliziter Leistungsanspruch auf aktivierende Pflege; Erwähnung findet sie jedoch in § 2, Abs. 1, SGB XI [31]. Unter dem Stichwort der Selbstbestimmung heißt es hier:

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Notwendig wäre in diesem Zusammenhang eine explizit gesundheitsförderlich ausformulierte Konzeption von aktivierender Pflege im alltäglichen Versorgungsgeschehen. Gesundheitsförderung könnte in dieser Hinsicht dann als integraler Bestandteil von Pflege begriffen werden.

Praxisbeispiele von dezidiert ressourcenorientierten Maßnahmen, die in Datenbanken zur Pflegeforschung auffindbar sind [32], zeigen in der Regel jedoch Ansätze, die auf zusätzliche – und weniger in Pflegeroutinen integrierte – Leistungen zur Gesundheitsförderung hinauslaufen. Drei Beispiele aus den Bereichen Ernährung, Aktivität und Coaching sollen hier knapp skizziert werden:

1. *Familiär geprägte und häuslich orientierte Mahlzeitenumgebung mit Blick auf Lebensqualität, körperliche Leistungsfähigkeit und Körpergewicht von Pflegeheimbewohnern* [33]:

Diese randomisiert kontrollierte Intervention folgt dem Grundgedanken einer gesundheitsförderlichen (sozialräumlichen) Gestaltung der Lebenswelt Pflegeheim (hier im Bereich Mahlzeiten/Ernährung). Im Zentrum der Intervention standen Maßnahmen zur Aufwertung des Ambientes (Raum- und Tischgestaltung) und der Abläufe von Mahlzeiten („privater“ Charakter statt kantinenartiger Abläufe). Gesundheitsbezogene Zielparameter der Intervention waren Lebensqualität, physische Funktionsfähigkeit und Körpergewicht. Es konnten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen gezeigt werden, die auf einen positiven Effekt auf den Erhalt von Lebensqualität und feinmotorischer Beweglichkeit und auf die Verhinderung von Gewichtsverlust hindeuten.

2. Körperliches Krafttraining plus Spazierengehen und individuelle Aktivitäten sowie Aktivierungsmaßnahmen im Hinblick auf den Schlaf [34]:

Diese ebenfalls randomisiert kontrollierte Intervention vergleicht die Wirksamkeit von unterschiedlich kombinierten Maßnahmen (Körpertraining plus Spazierengehen vs. individuelle soziale Aktivitäten vs. Kombination aus beidem) auf Schlafparameter (Dauer, Effizienz, Schlafphasen). Die Intervention „Kombination aus Training, Spazierengehen und sozialer Aktivität“ zeigte die deutlichsten positiven Effekte auf die untersuchten Schlafparameter. Eine weitere Folge des Trainings in Kombination mit Spaziergängen war eine verbesserte körperliche Konstitution der Bewohner, insbesondere der Muskelstärke im Brust- und Hüftbereich.

3. Gesundheits-Coaching-Selbstmanagement-Programm: Effekte auf Selbstmanagement, Selbstwirksamkeit und Gesundheit [35]:

Die randomisiert kontrollierte Intervention folgt dem Ansatz einer durch das Pflegepersonal begleiteten gesundheitsbezogenen Kompetenzstärkung der Bewohner. Das Gesundheitscoaching bestand dabei aus drei Teilen: einem individuellen Ansatz (Gesundheitsassessment, individuelle Beratung und Zielfindung), einem Gruppenansatz (Gesundheitsschulung, Gruppendiskussion, gemeinsame Aktivitäten) sowie einem einrichtungsbezogenen Ansatz (unterstützende Aktivitäten und Rahmenbedingungen, um die Erreichung von Gesundheitszielen zu fördern). Es konnten signifikante Verbesserungen des Selbstmanagements, der Selbstwirksamkeit und der berichteten Gesundheit in der Interventionsgruppe gezeigt werden. Die teilnehmenden Bewohner konnten vier selber festgelegte gesundheitsbezogene Zielsetzungen erreichen: Mundgesundheit, Stressreduktion, physische Aktivität und gesunde Ernährung. Hierbei wird die Bedeutung von Partizipation, Anleitung, Begleitung und Motivation im Zusammenhang mit der Entwicklung eines eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens offenkundig.

Fazit

- Der vorliegende Beitrag zeigt, vor dem Hintergrund spezifischer Herausforderungen, mögliche Ansatzpunkte für gesundheitsförderliches Handeln in der Lebenswelt Pflegeheim auf. Ein konsequenter Fokus auf den Erhalt und die Förderung von gesundheitsrelevanten Funktionen und Kompetenzen von Bewohnern erscheint dabei insbesondere dann realisierbar, wenn Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil des alltäglichen Versorgungsgeschehens begriffen wird. Darüber hinaus wird – im Sinne der Ottawa Charta – dafür plädiert, die sozialräumlichen Bedingungen der Lebenswelt Pflegeheim in umfassender Weise gesundheitsförderlich zu gestalten, um Partizipation und eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten von Bewohnern zu ermöglichen. In ressourcenorientierten Umgebungen bietet das Konzept der aktivierenden Pflege Ansatzpunkte, Gesundheitsförderung sinnvoll in die pflegerische Versorgung zu integrieren. Hierfür sollte der Ansatz der aktivierenden Pflege allerdings deutlicher gesundheitsförderlich ausformuliert werden, als dies bislang der Fall ist.
- Ressourcenstärkende und -fördernde Angebote, die nicht Bestandteil pflegerischen Handelns im engeren Sinne sind, bringen zusätzliche Aufgaben für die Pflegekräfte mit sich, beispielsweise in der Anleitung, Begleitung und Motivation von Bewohnern. Dass dies keineswegs eine Erhöhung des Arbeitsvolumens insgesamt bedeuten muss, wird offenkundig, wenn positive Effekte auf (funktionale) Kompetenzen, Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern in Rechnung gestellt werden. Eine Verbesserung der Studienlage zu den Effekten von Gesundheitsförderung bei höchst vulnerablen Zielgruppen bleibt damit gleichzeitig ein zentrales Forschungsdesiderat.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. Stefan Blüher
Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft, Charité –
Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland
stefan.blueher@charite.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Blüher und A. Kuhlmei geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Hurrelmann K, Horn A (2011) Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg) Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim, S727–743
2. Voges W, Zinke M (2010) Wohnen im Alter. In: Auer K, Karl U (Hrsg) Handbuch Soziale Arbeit. VS, Wiesbaden, S301–309
3. Kuhlmei A, Dräger D, Winter M, Beikirch E (2010) COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitative gute Pflege. Informationsd Altersfr 37(4):4–11
4. Techtmann G (2015) Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Zusammenfassender Forschungsbericht. <http://www.alters-institut.de>. Zugegriffen: 22. Aug. 2018
5. Statistisches Bundesamt (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. DeStatis, Wiesbaden
6. Horn A, Schaeffer D (2011) Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
7. Antonovsky A (1979) Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco
8. Antonovsky A (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco
9. Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVV-Verlag, Tübingen
10. Kuhlmei A (2008) Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg) Alter, Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern, S85–96

11. Kuhlmei A (2009) Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention. *Pflege Ges* 14(4):293–305
12. Schaeffer D, Büscher A (2009) Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. *Z Gerontol Geriatr* 42:441–451
13. Brause M, Horn A, Büscher A, Schaeffer D (2010) Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung – Teil II. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld
14. Brach M, Nieder F, Nieder U, Mechling H (2009) Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: a multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. *BMC Geriatr* 9:51
15. de Bruin ED, Spence JC, Hartmann M, Murer K (2008) Bewegungsempfehlungen und Bewegungsangebote in Schweizer Altersheimen. [Physical Activity Recommendations and Programmes Offered in Swiss Residential Settings. *Physioscience* 4(4):154–162. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1027902>
16. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L et al (2006) Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on frailty in older adults. *J Am Geriatr Soc* 54:991–1001
17. Nikolaus T (2001) Einfluss körperlicher Aktivität auf funktionelle Fähigkeiten. *GeroPsych (Bern)* 34(1):44–47
18. Schulz R-J, Kurtal H, Steinhagen-Thiessen E (2008) Rehabilitative Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg) *Handbuch Gesundheit und Krankheit im Alter*. Huber, Bern, S 334–351
19. Kolanowski A, Buettner L, Litaker M, Yu F (2006) Factors that relate to activity engagement in nursing home residents. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 21(1):15–22. <https://doi.org/10.1177/153331750602100109>
20. Rydwick E, Frändin K, Akner G (2004) Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses – systematic review. *Age Ageing* 33(1):13–23. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh001>
21. Tittlbach S, Henken T, Lautersack S, Bös K (2007) Psychomotorische Aktivierung von Bewohnern eines Altenpflegeheims [Psychomotor training for residents of nursing homes. *Eur J Geriatr* 9(2):65–72
22. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN et al (2007) Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116:1094–1105. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185650>
23. Kalinowski S, Wulff I, Kölsch M, Kopke K, Kreutz R, Dräger D (2012) Physical activity in nursing homes – barriers and facilitators: a cross-sectional study. *J Aging Phys Act* 20(4):421–441
24. Stathi A, Simey P (2007) Quality of life in the fourth age: exercise experiences of nursing home residents. *J Aging Phys Act* 15(3):272–286
25. Chen YM (2010) Perceived barriers to physical activity among older adults residing in longterm care institutions. *J Clin Nurs* 19(3–4):432–439. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02990.x>
26. Kraft K, Stange R (2009) *Lehrbuch Naturheilverfahren*. Hippokrates, Stuttgart
27. Ortiz M, Schnabel K, Walbaum T et al (2012) Implementation of naturopathic methods in geriatric nursing homes – results of a cross-sectional study. *Eur J Integr Med* 4(Suppl 1):63–64
28. Teut M, Schnabel K, Baur R et al (2013) Effects and feasibility of an Integrative Medicine program for geriatric patients – a cluster-randomized pilot study. *Clin Interv Aging* 8:953–961
29. World Health Organization (1986) First International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa
30. Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz NPK (2016) https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemittelungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf. Zugegriffen: 22. Aug. 2018
31. Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch: Soziale Pflegeversicherung (SGB XI). Fassung v. 18. Juli 2017
32. Zentrum für Qualität in der Pflege ZQP (2016) Online-Übersicht: Prävention und Rehabilitation. <https://pgf.zqp.de/>. Zugegriffen: 22. Aug. 2018
33. Nijs K, de Graaf C, Kok FJ, van Stavereen WA (2006) Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 332(7551):1180–1184
34. Richards KC, Lambert C, Beck CK, Bliwise DL, Evans WJ, Kalra GK (2011) Strength training, walking, and social activity improve sleep in nursing home and assisted living residents: randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 59(2):214–223
35. Park YH, Chang HK (2014) Effect of a health coaching self-management program for older adults with multimorbidity in nursing homes. *Patient Prefer Adherence* 8:959–970