



Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Multidimensionale Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch ein bewegungsförderndes Programm

Einleitung

Steigendes Lebensalter ist mit einem erhöhten Risiko assoziiert, pflegebedürftig zu werden [1, 2]. Etwa 2,9 Mio. Bundesbürger sind derzeit betroffen, 27% von ihnen (783.000) werden vollstationär in Pflegeeinrichtungen versorgt, wobei der Bedarf an Pflegeplätzen voraussichtlich weiter steigen wird [3]. Fragen nach adäquaten präventiven bzw. gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting der stationären Langzeitversorgung rücken immer mehr in den Vordergrund, besonders seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) im Jahr 2015 [4]. Der Bewegungsförderung wird dabei in Bezug auf die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und der Selbsthilfefähigkeiten eine bedeutende Rolle eingeräumt [5].

Studien, die unterschiedlich angelegte bewegungsfördernde Interventionen beinhalten, konnten für gesundheitlich fragile Personen Muskelzuwachs, Verbesserungen der Beweglichkeit, des Gleichgewichts, der Gehfähigkeit und der kognitiven Fähigkeiten sowie eine Verringerung der Sturzrate und darüber hinaus eine Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität belegen [6–8]. Demnach ist der gezielte Einsatz von Maßnahmen der Präven-

tion und Gesundheitsförderung auch bei Personen mit bereits vorhandener gesundheitlicher Fragilität (engl. „frailty“) wirkungsvoll. Betont wird, dass Bewegungsförderungsmaßnahmen im Setting der stationären Langzeitversorgung nicht nur einer Verschlimmerung bereits vorhandener Funktionseinbußen entgegenwirken, sondern vor dem Hintergrund eines erweiterten Gesundheitsbegriffs auch die noch verbliebenen gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen fördern sollten [9, 10]. Ziel sollte es sein, Pflegebedürftige so früh wie möglich mithilfe von gesundheitsfördernden und präventiven Programmen regelmäßig zu aktivieren, um dem symptomatischen Verlauf eines zunehmenden Funktionsverlustes bzw. einer steigenden Abhängigkeit von Fremdhilfe entgegenzuwirken [11], da dies – ebenso wie soziale Teilhabe und gesundheitliches Wohlbefinden – die individuelle Lebensqualität positiv beeinflusst.

Obwohl bereits Programme für beeinträchtigte Senioren entwickelt wurden, mangelt es weiterhin an standardisierten und evaluierten Programmen, die auf spezifische Bedarfslagen und Fähigkeiten pflegebedürftiger Personen in der stationären Langzeitversorgung zugeschnitten sind [2, 9, 12, 13]. Daher hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL) beauftragt, ein bewe-

gungsorientiertes Präventionsprogramm für Pflegebedürftige zu entwickeln, das nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern auch soziale und kognitive Ressourcen positiv beeinflusst. So wurde das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ (LMB) als Präventionsprogramm für ältere pflegebedürftige Personen unter dem Dach der stationären Pflege entwickelt. Es stellt ein Element des BZgA-Programms „Älter werden in Balance“ dar, das durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) gefördert wird.

Dieser Beitrag befasst sich mit der Ausgangslage und den daraus resultierenden Zielen sowie mit der Konzeptualisierung und der Implementierung des LMB.

Ausgangslage für die Entwicklung eines Präventionsprogramms

Deutschlandweit werden bislang ganz unterschiedliche Bewegungsförderungskonzepte in den Einrichtungen aufgegriffen und umgesetzt, beispielsweise Kraft- und Gleichgewichtstraining bzw. Angebote zur Sturzprävention [14–16], Bewegung mithilfe von Spielekonsolen [17], kombinierte Trainingsprogramme [11, 18], funktionelles Training [19] und psychomotorisches Training [20]. Ihre Wirkungen in Bezug auf den Erhalt oder die Verbesserung z. B. der Mobilität

[15], der Beweglichkeit [11, 16, 21], der Koordination [16, 21], der Balancefähigkeit [16, 17], der kognitiven Fähigkeiten [11, 16, 21, 22], der Kraft [11, 15–17] oder einer verringerten Sturzrate [11, 14] sind zum Teil gut belegt. Verschiedene Interventionen und Programme berücksichtigen bereits die Empfehlung, unterschiedliche motorische Fähigkeiten kombiniert zu trainieren [7, 23]. Beispielsweise verknüpft das Programm „PATRAS – Paderborner Trainingsstudie“ [15] ein Krafttraining mit einem Koordinationstraining. „Fit für 100“ [16] und das „Ulmer Modell“ [14] beinhalten eine Kombination aus Kraft-, Gleichgewichts- und Beweglichkeitstraining.

Da Alltagsaktivitäten verschiedenste motorische Fähigkeiten beanspruchen [24] und die Mehrheit der Pflegebedürftigen neben motorischen Defiziten auch Beeinträchtigungen im kognitiven, sozialen oder psychischen Bereich aufweisen [9], muss für die Erhaltung der Selbstständigkeit ein multidimensionaler Ansatz gewählt werden. Vereinzelt Interventionen wie „Bewegt im hohen Alter“ [20], „SimA-P“ (Selbstständig im Alter für Pflegeheimbewohner; [11]) und „MAKS“ (motorisch – alltagspraktisch – kognitiv – spirituell; [18]) verbinden kognitives und motorisches Training und zeigen auch bei bereits vorliegenden Beeinträchtigungen sowohl hinsichtlich der körperlichen als auch hinsichtlich der geistigen Funktionen positive Interventionseffekte [11, 21, 22]. Auch wenn es Studien gibt, die zeigen, dass isolierte motorische Trainingsformen (v. a. Ausdauer- und Koordinationstraining) eine positive Auswirkung auf Aufmerksamkeits-, Denk- und Gedächtnisleistung haben [25], scheinen die Effekte kombinierter Interventionen stärker und langfristig stabiler zu sein [11, 22, 26, 27].

Als spezifische Form scheint Dual-Task-Training, bei dem gleichzeitig eine Bewegungs- und eine kognitive Aufgabe bearbeitet werden sollen, geeignet, die Bewegungssicherheit im Alltag zu erhöhen bzw. der im Alter nachlassenden Fähigkeit zur Bewältigung von Doppelaufgaben zu begegnen [28]. Hinsichtlich der Frage, ob oder inwieweit sich in Bezug auf die Stärkung kognitiver Ressourcen rein motorische Bewegungsförderungs-

maßnahmen von kombinierten motorischen und kognitiven Maßnahmen unterscheiden, besteht allerdings weiterer Forschungsbedarf [29].

In diesem Zusammenhang sind die optimale Gestaltung, die Dauer und Intensität sowie der am besten geeignete Umfang von Bewegungsförderungsmaßnahmen im Kontext der stationären Langzeitversorgung noch unklar [23]. Aktuelle Bewegungsempfehlungen sowie der Großteil der oben bereits angegebenen Bewegungsförderungsmaßnahmen legen eine mindestens zweimal wöchentliche Durchführung von Trainingsaktivitäten bis zu jeweils einer Dauer von 60 min nahe. Besonders für Erwachsene ab 65 Jahren sei es wichtig, sich möglichst umfassend zu bewegen, d. h. alle motorischen Fähigkeiten zu trainieren [30]. Das Training umfasse eine körperliche Aktivität mit moderater Intensität über 150 min pro Woche oder länger, wobei die Einheiten über die Woche unterschiedlich akkumuliert werden können (pro Einheit mindestens 10 min). An mindestens 3 Tagen pro Woche sollten Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention durchgeführt werden. Muskelkräftigende körperliche Aktivitäten sollten an mindestens 2 Tagen pro Woche ausgeübt werden. Längere Phasen der Inaktivität sollten regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrochen werden [30]. Dabei sollten sowohl eine Unterforderung als auch zu große Belastungen (durch z. B. zu hohe Trainingsintensität oder -umfänge) vermieden werden, weil dadurch das Risiko für das Auftreten unerwünschter Effekte steigt – darunter auch die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Abbruchs des Trainings [31]. Dagegen ist davon auszugehen, dass eine breite Berücksichtigung der Bedarfs-, Emotions- oder Motivationslagen der Teilnehmenden im Rahmen eines mehrdimensionalen Angebotes, z. B. auch die Möglichkeit zur Vertiefung sozialer Kontakte, die langfristige Attraktivität des Angebots erhöht [32].

Im Rahmen einer Metaanalyse zur Wirksamkeit universeller Präventionsangebote, d. h. ohne eine risikobezogene Zielgruppenauswahl zu treffen, weisen Blättner et al. [33] positive Effekte auf die Durchführbarkeit der Aktivitä-

ten des täglichen Lebens nach. Andere Autoren konstatieren jedoch, dass es differenzierter Angebote bedarf, die auf das unterschiedliche Leistungsniveau der Teilnehmenden abgestimmt bzw. auf die unterschiedlichen Subgruppen der pflegebedürftigen Klientel zugeschnitten sind [2, 5]. Es besteht daher weiterhin Bedarf an zielgruppenspezifischen, evidenzbasierten und evaluierten Interventionskonzepten, die sich unter den realen Bedingungen der stationären Langzeitversorgung einerseits als wirksam erweisen und sich andererseits nachhaltig in der Einrichtung verankern lassen. Geeignete Bewegungsförderungsprogramme sollten zwecks wissenschaftlicher Überprüfbarkeit und erleichterter Umsetzbarkeit eine klar definierte, standardisierte Struktur aufweisen. Sie sollten weiterhin nicht nur auf die Vermeidung von Risiken abzielen, sondern die gesundheitsbezogenen Ressourcen der Pflegebedürftigen umfassend fördern und die Teilnehmenden zu einer dauerhaften Teilnahme motivieren.

Ziele und Entwicklung des LMB

Vor diesem Hintergrund hat die Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL, wiss. Leitung: Dr. med. Sonja Krupp) am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck Geriatriezentrum (ärztl. Direktor, Projektleitung: Dr. med. Martin Willkomm) unter enger Zusammenarbeit mit in Senioreneinrichtungen tätigen Übungsleitern ein bewegungsorientiertes Präventionsprogramm für Pflegebedürftige entwickelt, das nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern umfassend auch soziale und kognitive Ressourcen fördern soll. 2015 begann die Umsetzung dieser komplexen Intervention als Pilotprojekt in zehn Lübecker Pflegeeinrichtungen.

Ziel des Programms ist der Erhalt der funktionellen Voraussetzungen auf den verschiedenen Handlungsebenen, um ein größtmögliches Maß an Selbsthilfefähigkeit zu sichern bzw. ein Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit zu verzögern und damit die Lebensqualität zu heben. Das Bewegungsprogramm soll den Teilnehmenden Spaß machen, den Auf- oder Ausbau sozialer Kontakte fördern und

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:267–273 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02888-z>
 © Der/die Autor(en) 2019

C. Ralf · S. Krupp · M. Willkomm

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Multidimensionale Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch ein bewegungsförderndes Programm

Zusammenfassung

In der stationären Pflege besteht ein Bedarf an zielgruppenspezifischen Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Im Zuge der Umsetzung des Präventionsgesetzes sollen solche Interventionen nachhaltig implementiert werden, die konzeptionell fundiert, standardisiert, in der Praxis niederschwellig umsetzbar und nachweislich wirksam sind.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ (LMB) ist ein körperlich, kognitiv und sozial aktivierendes Präventionsprogramm für ältere pflegebedürftige Menschen, das von der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL) entwickelt wurde. Seit Ende 2015 wird es in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Es berücksichtigt Multimorbidität in einem mehrdimensionalen Interventionsansatz

und zeichnet sich durch eine umfassende motorisch-kognitive Förderung sowie durch Langzeitattraktivität aus.

Unter Beachtung sportwissenschaftlicher Prinzipien wurden Übungen in eine „Bewegungswelt“ eingebaut, die jede Trainingseinheit zu einem „kognitiven Ausflug“ macht. Ein wöchentlich zweimal durchgeführtes einstündiges Gruppentraining wird durch ein selbstständiges Individualtraining ergänzt, um die empfohlenen mindestens 150 min moderate Bewegungszeit pro Woche zu erreichen. Die themenorientierten Inhalte regen die Senioren zum Erzählen und Austauschen an.

Bislang wurden für 17 „Bewegungswelten“ standardisierte Planungs- und Dokumentationsbögen zur Gestaltung der

Trainingseinheiten entwickelt und über tausend von Übungsleitenden ausgefüllte und kommentierte Exemplare nach Durchführung des Trainings an die FGL gesandt. Basierend auf diesen und vor Ort erhobenen Rückmeldungen ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung des LMB unter Beachtung sport- und pflegewissenschaftlicher sowie geriatrisch-gerontologischer Erkenntnisse vorgesehen. Dazu gehört sowohl die Erweiterung der Themenvielfalt als auch eine stärkere Differenzierung des Angebots gemäß Leistungsstand der teilnehmenden Senioren.

Schlüsselwörter

Präventionsprogramm · Bewegungsförderung · Stationäre Pflege · Multidimensional · Themenorientiert

The “Lübeck Worlds of Movement Model”—multidimensional prevention in inpatient care institutions through a program promoting physical activity

Abstract

In inpatient care there is a need for prevention and health promotion offers that are specific to the target group. In the course of implementing the Prevention Act, those interventions should be chosen for sustainable implementation that are conceptually sound, standardized, workable, low-threshold, and demonstrably effective.

The “Lübeck Worlds of Movement Model” is a physically, cognitively, and socially activating prevention program for elderly people in need of care that was developed by the Lübeck Geriatrics Research Group (FGL). It has been implemented in inpatient care facilities since the end of 2015. It takes multimorbidity into account in a multidimensional intervention approach and is characterized by comprehen-

sive motor-cognitive promotion as well as long-term attractiveness.

In accordance with sports science principles, exercises were integrated into a “world of movement,” making each training session a “cognitive excursion.” Twice weekly, one-hour group training is supplemented by individual training to achieve the recommended minimum of 150 min of moderate exercise weekly. The topic-related content encourages seniors to share and exchange stories.

So far, standardized planning and documentation sheets have been developed to design training sessions for 17 worlds of movement. More than a thousand of these completed sheets have been sent to the FGL by coaches after completion of the

training and addition of comments. Based on these records and on-site feedback, continuous further development of the model is intended, considering findings made in the fields of sports science, nursing science, and geriatrics/gerontology. This includes the extension of the range of topics as well as further differentiation of the offer according to the individual capability of every participating senior citizen.

Keywords

Prevention program · Physical activity promotion · Inpatient care · Multidimensional · Topic-oriented

die Teilnehmenden dadurch zu einer langfristigen Teilnahme motivieren. Die Überprüfbarkeit der Wirksamkeit des Programms einerseits sowie die systematische und bundesweite Umsetzung andererseits erfordern eine Standardisierung.

In der Pilotphase wurde das LMB wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse sind im Beitrag von Krupp et al. in diesem Heft nachzulesen.

Trainingskonzept des LMB

Das LMB ist für ältere Personen konzipiert, die mindestens einmal wöchentlich Unterstützungsbedarf im Bereich der Grundpflege haben. Das Gruppentraining findet in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in der Tagespflege statt und wird vor allem von den jeweiligen Bewohnern besucht; teilnehmen können jedoch auch pflegebedürftige ältere Menschen

aus der Umgebung. Während der ersten Studie zur Evaluation der Effekte war eine Gehfähigkeit von sechs Metern ohne Hilfsperson eine Voraussetzung zur Aufnahme des Trainings, mittlerweile werden auch nicht selbstständig gehfähige Personen in die Gruppen aufgenommen, wenn sie zumindest kurzzeitig ohne personelle Unterstützung sicher stehen können (ggf. mit Hilfsmitteln). Kognitiv oder sensorisch eingeschränkte Ältere können

am Training teilnehmen, soweit sie in der Lage sind, die Bewegungsaufgaben zu verstehen und umzusetzen.

Als multidimensionales Präventionsprogramm beinhaltet das LMB eine umfassende Förderung aller Körperregionen und motorischen Fähigkeiten (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination) sowie der Kognition. Spaß, Kommunikation und Gemeinschaftserlebnis sind wichtige emotionale und motivationale Aspekte im LMB-Training. Das Programm wird zweimal wöchentlich eine Stunde lang mit kumulativ 15 min Pause durchgeführt. Die beiden Zeitpunkte sollen möglichst gleichmäßig auf die Woche verteilt sein. Die Gruppengröße orientiert sich an der Zusammensetzung: Sofern alle Teilnehmenden mindestens sechs Meter gehfähig sind und der verfügbare Raum eine freie Fläche von mindestens vier Quadratmetern pro Person bietet, können bis zu zwölf Personen am Training teilnehmen, je höher der Anteil nichtgehfähiger Senioren, desto kleiner die Gruppe (im Mittel 8–10 Personen).

Ergänzt wird das standardisierte Gruppentraining durch „Mein tägliches Bewegungsprogramm“ (MtB), einen Bogen mit jeweils drei bereits im Gruppentraining erfahrenen Übungen, der über eine bebilderte und beschriebene Anleitung zur selbstständigen Wiederholung ermuntert. Das MtB kann je nach individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen flexibel zu jeder Tageszeit und an verschiedenen Orten allein oder gemeinsam mit anderen bzw. mit Unterstützung durch Betreuungskräfte oder pflegende Angehörige durchgeführt werden. Hierüber soll neben einer Erhöhung der Bewegungszeit die individuelle gesundheitsförderliche Handlungsfähigkeit gestärkt werden.

Im Mittelpunkt jeder Trainingseinheit steht eine „Bewegungswelt“, d. h. ein bestimmtes Thema, das einen Alltagsbezug aufweist. Angeleitet durch einen vom Referenzzentrum Lübeck der FGL fortgebildeten Übungsleitenden unternehmen alle Teilnehmenden z. B. gedanklich einen Strandausflug und führen gemeinsam dazu passende Übungen aus, wie z. B. das „Gehen im Sand“, „Schwimmen“ oder „Muscheln sammeln“. Die Übungen sind den Be-

wegungshandlungen aus den einzelnen Erfahrungsfeldern entlehnt. Dieses hat mehrere Vorteile: Zum einen können die Teilnehmenden die Bewegungsaufgaben besser umsetzen. Über Übungsbeschreibungen, wie z. B. „einen Teig kneten“, „eine Leiter hochsteigen“, „die Äste des Pflaumenbaums schütteln“ oder „Wäsche auf dem Waschbrett waschen“, wird die Bewegungsaufforderung von den Teilnehmenden leichter verstanden und präziser ausgeführt, als wenn dieses über den Positionswechsel der Gliedmaßen zu ihrer jeweiligen Lage im Raum erklärt wird, da bei Ersterem auf automatisierte Bewegungen zurückgegriffen wird. Der biografische Bezug reaktiviert Gedächtnisinhalte auch bei mittelgradig kognitiv eingeschränkten Personen und regt die Fantasie und Kreativität an [11, 18]. Die kognitive Aktivierung über Fragen, Assoziationen und biografische Bezüge stößt Gespräche über das jeweilige Thema der „Bewegungswelt“ an (z. B. „am Strand“: Urlaubsorte an der Küste; „im Garten“: Apfelsorten, Rezepte für Apfelkuchen). Die Teilnehmenden tauschen sich über Vorlieben und Abneigungen, Erfahrungen und Wissen aus und lernen sich darüber besser kennen. Über soziale Wertschätzung, kognitive und physische Aktivierung und nicht zuletzt Freude an der Bewegung wird ein gesteigertes Wohlbefinden angestrebt, das zu einer langfristigen Teilnahme motivieren soll. Neben der Einbindung und aktiven Beteiligung der Teilnehmenden bietet die „themenorientierte Aktivierung“ [25] Übungsleitenden eine Erinnerungstütze bei der Durchführung der Stunde.

Zur Zusammenstellung einer Trainingseinheit orientieren sich die Übungsleitenden am Planungs- und Dokumentationsbogen für jede vorgesehene „Bewegungswelt“. Darin sind alle Einzelübungen thematisch sinnvoll miteinander verknüpft und geben, ggf. auch unter Einbezug passender Musik, der Stunde eine konkrete Rahmung. Insgesamt hat die FGL bislang 17 verschiedene Planungs- und Dokumentationsbögen entwickelt. Jeder davon führt inhaltlich durch eine „Bewegungswelt“ und berücksichtigt ausgewogen Übungen, die auf das Training von Kopf bis Fuß, aller motorischen Hauptbeanspruchungsfor-

men sowie der Kognition abzielen. Zwei Standardübungen, „Einbeinstand“ und „Aufstehen“, trainieren unabhängig von der Bewegungswelt Gleichgewicht und sichere Mobilität. Die Planungs- und Dokumentationsbögen enthalten mehr Übungsmaterial, als für die Gestaltung von 45 min reiner Bewegungszeit notwendig sind, sodass die Stunden unterschiedlich ausgestaltet werden können. Die Übungsleitenden können sowohl aus dem „Überangebot“ auswählen als auch die Länge und Reihenfolge der Durchführung modifizieren und bis zu 10 min eigene passende Übungsideen oder Vorschläge der Teilnehmenden einfließen lassen. Insgesamt sollen 45 min Bewegungszeit gefüllt werden. Die übrige Zeit ist u. a. Pausen oder dem Austeilen und Einsammeln des Materials vorbehalten. Zu berücksichtigen ist, dass alle Körperregionen (A = Kopf bis Hand, B = Rumpf, C = Beine) mindestens je 10 min trainiert werden sollen. Als Orientierung ist zu jeder Übung dokumentiert, welche Körperregion durch die Übung vorrangig angesprochen wird. Ebenfalls ist angegeben, welche Effekte mit den Übungen erreicht werden sollen. Die Zieldimensionen Beweglichkeit, Koordination, Kraft, Ausdauer und Kognition sollen in jeder Stunde adressiert werden. Die Koordinationsübungen beinhalten verschiedene Übungen zum Training der Auge-Hand-Koordination, Fingerfertigkeit, Gleichgewichts-, Rhythmisierungs-, Reaktions-, Umstellungs- und Kopplungsfähigkeit.

Bei der Gestaltung des Gruppentrainings sollte auf den aktuellen Leistungsstand des einzelnen Teilnehmenden eingegangen werden, damit ein möglichst hoher Trainingserfolg erzielt werden kann. Über eine individuelle Anpassung von Intensität (u. a. über den Einsatz von Gewichtsmanschetten) oder Anzahl der Wiederholungen der Übung wird gewährleistet, dass an der individuellen Leistungsgrenze trainiert wird. Die Belastungssteuerung orientiert sich in erster Linie am subjektiven Belastungsempfinden [16, 20].

Implementierung des LMB

Ende 2015 startete die erste Lübecker Pflegeeinrichtung mit dem LMB, bald darauf nahmen insgesamt 10 Einrichtungen teil. Mit zunehmend positiven Rückmeldungen aus der Praxis sowie ersten erfreulichen Zwischenergebnissen der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation wurde das LMB zunächst in Schleswig-Holstein und seit 2017 bundesweit in Einrichtungen der stationären Pflege sowie der Tagespflege implementiert. Derzeit bestehen rund 120 LMB-Gruppen in 14 Bundesländern. Bislang wurden knapp 280 LMB-Übungsleitende in gut 20 Kursen durch das Referenzzentrum Lübeck der FGL geschult. Voraussetzung für den Besuch der Schulung ist derzeit das Vorliegen einer der folgenden Qualifikationen: Ergotherapeut, Physiotherapeut, Dipl. Sportwissenschaftler, Sport- und Gymnastiklehrer, Übungsleiter-B-Lizenz Rehabilitation (Orthopädie/Innere Medizin/Neurologie) – Deutscher Behindertensportverband, Übungsleiter-B-Lizenz Rehabilitation (Orthopädie/Innere Medizin) – Deutscher Olympischer Sportbund, Übungsleiter Gymnastik – Deutsches Rotes Kreuz. Über Supervisionen der Übungsleitenden vor Ort, regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel sowie die monatliche Übermittlung mindestens eines ausgefüllten Planungs- und Dokumentationsbogens wurde die Umsetzungsqualität in der Pilotphase überprüft und erfahrungsbezogene Hinweise wurden für die Weiterentwicklung der Bewegungswelten aufgenommen.

Übungsleitende, die das LMB durchführen, kommen sowohl aus den interessierten Pflegeeinrichtungen selbst als auch von extern. Nach dem erfolgreichen Abschluss eines zweitägigen Schulungskurses und der Unterzeichnung eines Kooperationsvertrages zwischen der teilnehmenden Einrichtung bzw. dem Übungsleitenden und dem Referenzzentrum Lübeck als Träger des Modellprojekts kann die LMB-Gruppe starten. Die Übungsbögen zur Durchführung des täglichen Bewegungsprogramms, das umfangreiche Trainingsmaterial („Lübecker Koffer“), Schulungskurse sowie Aufwandsentschädigungen für Übungs-

leitende und Pflegeeinrichtungen werden derzeit durch Modellmittel des Projektes finanziert. Das LMB bestärkt die Einrichtungen darin, die präventiven und gesundheitsförderlichen Potenziale in der Langzeitversorgung Pflegebedürftiger besser auszuschöpfen. Das Personal der Pflegeeinrichtungen wird u. a. über die Möglichkeit zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen vor Ort sowie an Qualitätszirkeln eingebunden und unterstützt die Durchführung der LMB-Kurse. So hat sich die Anwesenheit von z. B. einer Betreuungskraft – mindestens im letzten Drittel der Trainingseinheit – beim Erproben des MtB bewährt. Über diese Betreuungskraft kann eine optimale Unterstützung der Teilnehmenden erfolgen, wenn diese z. B. wegen Sehstörungen oder einer kognitiven Beeinträchtigung benötigt wird.

Diskussion

Mit dem LMB wurde ein multidimensionales Präventionsprogramm entwickelt, das auf den Bedarf multimorbider Pflegebedürftiger abgestimmt ist und deren Ressourcen umfassend fördern soll. Das standardisierte Gruppentraining berücksichtigt aktuelle Bewegungsempfehlungen sowie trainingsmethodische Prinzipien bisher erfolgreich durchgeführter Programme und Interventionen, die ein multidimensionales Training beinhalten. Hervorzuheben ist vor allem die konsequente Verankerung einer Trainingseinheit in je einer „Bewegungswelt“, in der motorische, kognitive und psychosoziale Inhalte miteinander kombiniert werden. Der themenorientierte Ansatz, der bislang vor allem im Rahmen der psychomotorischen Aktivierung Anwendung findet und den ganzen Menschen mit seinen körperlichen, geistigen, sozialen und emotionalen Potenzialen anspricht, soll die dauerhafte Teilnahme an Angeboten zur körperlichen Aktivität erhöhen und Spaß machen, was die besten Voraussetzungen zum Erhalt des Trainingserfolges bietet. Dies passt zum Ergebnis einer systematischen Übersichtsarbeit, in der hervorgehoben wird, dass vor allem die regelmäßige und langfristige Teilnahme an Angeboten der körperlichen Aktivität

eine Zunahme der kognitiven Leistungsfähigkeit begünstigt [29].

Bisher lagen nur Ansätze zur Ausgestaltung solcher themenorientierten Aktivierungsstunden vor [18, 20, 25]. Das LMB hat diesen Ansatz aufgegriffen und weiterentwickelt, indem standardisierte Stundenbilder für die einheitliche, qualitätsgesicherte bundesweite Umsetzung ausgearbeitet wurden. Als Stärke des Programms hervorzuheben ist das umfassende kombinierte Training der motorischen Hauptbeanspruchungsformen (unter besonderer Berücksichtigung des Erhalts wichtiger Alltagskompetenzen, wie z. B. des sicheren Aufstehens, Umsetzens oder Gehens) sowie der kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten anhand detailliert ausgearbeiteter Planungs- und Dokumentationsbögen. Die Umsetzungsqualität wird über ein zweitägiges Fortbildungsangebot für Übungsleitende hinaus darüber gesichert, dass die Übungsleitenden nach dem Gruppenstart im Rahmen einer Supervision sowie regelmäßig durchgeführter Qualitätszirkel begleitet und unterstützt werden. Weiterhin dienen die Zusendung und Auswertung von Planungs- und Dokumentationsbögen der Qualitätssicherung und partizipativen Weiterentwicklung des LMB. Als innovatives Element des LMB kann darüber hinaus das ergänzende Training „Mein tägliches Bewegungsprogramm“ bezeichnet werden, das die beschriebene und bebilderte Anleitung zum täglichen Training einzelner Übungen aus der jeweils erfahrenen Bewegungswelt enthält. Der Einbezug von z. B. Betreuungskräften oder pflegenden Angehörigen, die das tägliche Training unterstützen, bietet auch den Vorteil, dass das Programm stärker in die Strukturen der Pflegeeinrichtung eingebettet und so ggf. mit anderen Angebotsstrukturen verzahnt werden kann. Daneben steigert es die Bewegungszeit und erhöht die Kompetenz, unterschiedliche Bewegungsformen individuell im Alltag zu integrieren.

Limitierend ist anzumerken, dass eine umfassende Förderung verschiedenster motorischer und kognitiver Fähigkeiten in der Gruppe vermutlich nicht die gleiche Intensität in Bezug auf die Verbesserung einzelner spezifischer Fä-

higkeiten erreichen kann. So vermuten Tittlbach et al. [21], dass eine stärkere Verbesserung der Kraft durch eine intensivere muskuläre Beanspruchung möglich wäre. Auch können die diversen koordinativen und kognitiven Fähigkeiten nicht gleichmäßig innerhalb der einzelnen Stundenbilder trainiert werden. Hier wird der thematischen Verankerung ein Vorrang eingeräumt. Zwar enthalten die Planungs- und Dokumentationsbögen auch Übungen, die die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit oder das Kurzzeitgedächtnis adressieren, prioritär wird jedoch über das autobiografische Gedächtnis der Weg zu Motorik, kommunikativem Austausch und sozialer Teilhabe gesucht [18]. Für die gezielte Aktivierung z. B. einzelner koordinativer oder kognitiver Fähigkeiten sollte ggf. auf spezifischer ansetzende Programme zurückgegriffen werden [11, 18]. Das LMB ersetzt auch nicht eine ggf. notwendige Heilmitteltherapie. Neben der Berücksichtigung der monatlichen Rückmeldungen der Übungsleitenden zu Art und Umfang der umgesetzten Übungen sowie Verbesserungsvorschlägen mittels der ausgefüllten Planungs- und Dokumentationsbögen sollen auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation in die inhaltliche Weiterentwicklung des LMB einfließen.

Fazit und Ausblick

Sowohl die Praxistauglichkeit als auch die präventive Wirksamkeit des Programms ist für noch gehfähige pflegebedürftige Senioren in der stationären Pflege ohne schwere Demenz mittlerweile nachgewiesen. Am LMB-Training nehmen vermehrt auch Senioren teil, die ihre selbstständige Gehfähigkeit verloren haben. Neben einer Überarbeitung der Anleitungen zum täglichen Training und der Planungs- und Dokumentationsbögen für Übungsleitende aufgrund deren Rückmeldungen sowie einer Erhöhung der Themenvielfalt sollen daher auch Übungen zur spezifischen Förderung körperlich schwerer betroffener älterer Menschen entwickelt werden. Zusätzlich wäre es wünschenswert, Senioren, die außerhalb der stationären Pflege wohnen, den Zugang zum LMB

zu erleichtern, damit auch sie verstärkt einbezogen werden und dem Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit durch die Teilnahme entgegenwirken können.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sonja Krupp

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck,
Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –
Geriatriezentrum
Rabenhorst 1, 23568 Lübeck, Deutschland
krupp@geriatrie-luebeck.de

Danksagung. Wir danken allen Übungsleitenden, die uns bei der Entwicklung und Anwendung des Programms unterstützen, besonders Frau Ute Brink und Frau Kirsten Körner. Ein besonderer Dank gilt dem Qualitätsbeauftragten der SeniorInnenEinrichtungen der Hansestadt Lübeck, Herrn Heiko Schmöcke, sowie seiner zuständigen Mitarbeiterin, Frau Greta Trecpczyk, für die eingebrachte Expertise und die geleistete Überzeugungsarbeit im Hinblick auf die Einführung, Evaluation und Weiterentwicklung des LMB.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Ralf, S. Krupp und M. Willkomm geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Entwicklung und Evaluation des „Lübecker Modells Bewegungswelten“ wurde fehlbedarfsfinanziert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitteln des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Keine der Autorinnen und Autoren steht zu diesen in einem Dienstverhältnis.

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

- Blüher S, Schnitzer S, Kuhlmeier A (2017) Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, 53–11
- Kleina T, Horn A (2015) Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit – Potenziale und Herausforderungen in der stationären Langzeitversorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Schattauer, Stuttgart, 597–107

- Statistisches Bundesamt (2018) Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Pflegeart im Zeitraum der Jahre 2013–2030. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/556688/umfrage/prognostizierte-anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-nach-pflegeart/>. Zugegriffen: 31. Juli 2018
- Bundesministerium für Gesundheit (2015) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html>. Zugegriffen: 17. Okt. 2016
- Kleina T, Horn A, Schaeffer D (2016) Interventionen zur Mobilisierung von hochaltrigen Bewohner/-innen in stationären Einrichtungen: Entwicklung einer Handreichung zum Theorie-Praxis-Transfer. Abschlussbericht. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Handreichung-Bewegungsfoerderung.pdf. Zugegriffen: 7. Nov. 2018
- Chou CH, Hwang CL, Wu YT (2012) Effect of exercise on physical function, daily living activities and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 93:237–243
- Cadore EL, Rodriguez-Manan L, Sinclair A, Izquierdo M (2013) Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. Rejuvenation Res 16:105–114
- Carvalho A, Rea IM, Parimon T, Cusack B (2014) Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. Clin Interv Aging 9:661–682
- Horn A, Brause M, Schaeffer D (2012) Bewegungsförderung in der stationären Langzeitversorgung. In: Geuter G, Holleederer A (Hrsg) Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Huber, Bern, 305–318
- Schaeffer D, Büscher A (2009) Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Z Gerontol Geriatr 42:441–451
- Oswald WD, Ackermann A, Gunzelmann T (2006) Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogramms (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Z Gerontol Geriatr 19:89–101
- Schmitt S (2013) Gesundheitsförderung für Pflegeheimbewohner? Ergebnisse einer qualitativen Studie. Präz Gesundheitsf 8:78–82
- Wöhl C, Siebert H, Blättner B (2017) Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. Z Gerontol Geriatr 50:475–482
- Becker C, Kron M, Lindemann U et al (2003) Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. J Am Geriatr Soc 51:306–313
- Möllenhoff H, Weiß M, Hesecker H (2005) Muskelkräftigung für Senioren – Ein Trainingsprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der Mobilität. Behr's, Hamburg
- Mechling H (2014) „Fit für 100“ – Prävention: Eine Herausforderung in unserer Zeit. https://www.researchgate.net/publication/274249603_fit_fur_100_-_Pravention_Eine_Herausforderung_in_unserer_Zeit. Zugegriffen: 10. Nov. 2018
- Wittelsberger R, Krug S, Tittlbach S, Bös K (2012) Auswirkungen von Nintendo-Wii® Bowling auf Altenheimbewohner. Z Gerontol Geriatr 45:425–430

18. Eichenseer B, Gräbel E (2015) Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz: motorisch – alltagspraktisch – kognitiv – spirituell. Urban & Fischer, München
19. Schnabel EL, Jansen CP, Diegelmann M, Wahl HW, Hauer K (2016) Mobil und motiviert. *Pro Alter* 48(2):44–47
20. Tittlbach S, Binder M, Bös K (2012) Bewegt im hohen Alter. Ein Programm zur psychomotorischen Aktivierung in Altenpflegeeinrichtungen. Meyer & Meyer, Aachen
21. Tittlbach S, Henken T, Lautersack S, Bös K (2007) Psychomotorische Aktivierung von Bewohnern eines Altenpflegeheims. *Eur J Geriatr* 9:65–72
22. Gräbel E, Stemmer R, Eichenseer B et al (2011) Eine nicht-medikamentöse, multimodale Gruppentherapie für Patienten mit degenerativer Demenz: eine randomisiert-kontrollierte Studie über 12 Monate. http://www.maks-zktiv.de/fileadmin/user_upload/MAKS_aktiv/Pressemappe/Die_MAKS-Studie_Deutsche_Fassung_der_Hauptpublikation.pdf. Zugegriffen: 5. Nov. 2018
23. De Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC (2015) Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatr* 15:154
24. Regelin P, Jasper BM, Hammes A (2013) Aktiv bis 100. Hochaltrige Menschen in Bewegung bringen. Meyer & Meyer, Aachen
25. Voelcker-Rehage C, Tittlbach S, Jasper BM, Regelin P, Staudinger U (2013) Gehirntaining durch Bewegung. Wie körperliche Aktivität das Denken fördert. Meyer & Meyer, Aachen
26. Oswald WD, Hagen B, Rupprecht R, Gunzelmann T (2002) Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Z Gerontopsychologie-psychiatrie* 1:13–31
27. Rahe J, Petrelli A, Kaesberg S, Fink GR, Kessler J, Kalbe E (2015) Effects of cognitive training with additional physical activity compared to pure cognitive training in healthy older adults. *Clin Interv Aging* 10:297–310
28. Jasper BM (2012) Bewegen, Trainieren, Denken. So fördern Sie Heimbewohner optimal. Vincentz, Hannover
29. Wöhl C, Siebert H, Blättner B (2018) Körperliche Aktivität zur Stärkung kognitiver Ressourcen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit in Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr* 13:32–38
30. Rütten A, Pfeifer K (Hrsg) (2016) Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. <https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-f%C3%BCr-Bewegung-und-Bewegungsf%C3%B6rderung-2016.pdf>. Zugegriffen: 3. Sept. 2018
31. Chin A, Paw MJ, Poppel MN, Twisk JW, van Mechelen W (2006) Once a week not enough, twice a week not feasible? A randomized, controlled exercise trial in long-term care facilities. *Patient Educ Couns* 63:205–214
32. Kleina T, Cichocki M, Schaeffer D (2013) Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern – Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. *Pflege Ges* 18:5–18
33. Blättner B, Wöhl C, Siebert H (2017) Verbessert körperliche Aktivität die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens? Ansatzpunkt universeller Prävention in der stationären Pflege. *Pflegewissenschaft* 19:96–103