

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

ISSN 1435-408X

P10-143

**Gesundheitsförderung in der stationären
Langzeitversorgung Teil I**

Annett Horn, Michaela Brause,
Doris Schaeffer, Andreas Büscher

Bielefeld, Juli 2010

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Im Mittelpunkt gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Diskussionen stehen zunehmend der demografische Wandel und seine Folgen für die gesellschaftliche Entwicklung. Dies wird nicht zuletzt anhand der zahlreich erscheinenden Veröffentlichungen deutlich – sie alle widmen sich den Auswirkungen der demografischen Alterung auf das Gesundheits- und Sozialwesen und machen darauf aufmerksam, dass der demografische Wandel in den nächsten Jahrzehnten deutlich an Geschwindigkeit zunehmen, die Krankheitslast der älteren Bevölkerung anwachsen und die Zahl Pflegebedürftiger stark ansteigen wird. Die Publikationen weisen auch darauf hin, dass das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen gestellt sein wird. Davon ausgehend widmet sich seit 2008 ein gemeinsames, auf sieben Jahre angelegtes Projekt der AG 6 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften/Universität Bielefeld und dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR)/Wien dem Thema „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“. Das Projekt zielt darauf ab, langfristig gesundheitsförderliche Interessen für die pflegerische Langzeitversorgung zu entwickeln, erproben und evaluieren. Es wird durch die Ludwig Boltzmann Gesellschaft gefördert. Gerade in der Langzeitversorgung werden neue und zunehmende Herausforderungen erwartet. Dieses Feld fand in den Diskussionen bislang allerdings wenig Beachtung.

Gesundheitsförderung wird hier als eine Strategie gedacht, die dazu beitragen kann, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, Gesundheit zu erhalten aber auch Verschlimmerungen bei bereits beeinträchtigter Gesundheit und bestehender Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bisher wurde eine Literaturanalyse zur Situation des „Long-Term Care“ Sektors in beiden Ländern sowie eine systematische Literaturrecherche zur „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“ vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Literaturrecherchen werden an dieser Stelle vorgestellt, in den Fokus rücken in diesem Teil jedoch die Nutzer der stationären pflegerischen Langzeitversorgung. Denn gerade sie sind bislang noch nicht als mögliche Zielgruppe für Gesundheitsförderungsmaßnahmen entdeckt worden. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass in Deutschland bisher nur wenige Daten zur Gesundheitssituation pflegebedürftiger Menschen vorliegen. Diese sollen hier vorgestellt werden. Die folgenden Ausführungen werden zeigen, dass in der Langzeitversorgung ein hoher Problemdruck herrscht. Er wird vor allem dadurch verursacht, dass die Versorgungs- und Pflegekonzepte mit der demografischen Entwicklung wie auch der veränderten Bedarfssituation der Nutzer nicht Schritt gehalten haben. Dies ist für die Nutzer folgenreich, denn sie können in der Langzeitversorgung nur bedingt und nur einrichtungsabhängig auf eine bedarfsangemessene Versorgung hoffen. Die Ausführungen zeigen aber auch, dass ein dringender Bedarf an Interventionen vorliegt. International sind hier einige Ansätze und Überlegungen vorhanden, die auch auf den deutschsprachigen Raum übertragbar sind bzw. hier bereits diskutiert werden.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Gesundheit und Krankheit in der Langzeitversorgung	3
2.1 Die gesundheitliche Situation der alten Bevölkerung – eine Annäherung.....	3
2.2 Gesundheitliche Situation der Nutzer der stationären Langzeitversorgung.....	7
2.3 Zwischenfazit und Forschungsdesiderata zum Gesundheitsstatus der Nutzer	10
3. Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung	13
3.1 Eine Annäherung: Gesundheitsverhalten im Alter.....	14
3.1.1 Zur Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegung im Alter	15
3.1.2 Die Bedeutung gesunder Ernährung im Alter.....	18
3.1.3 Zur Bedeutung der psychischen und sozialen Situation im Alter.....	19
3.1.4 Zur Förderung der Resilienz	21
3.2 Gesundheitsverhalten in der stationären Langzeitversorgung.....	21
3.3 Praxisprojekte und Interventionen	22
4. Fazit: Zukünftige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung	30
5. Literaturverzeichnis.....	34

1. Einleitung

Der demografische Wandel und seine Folgen für die gesellschaftliche Entwicklung werden zunehmend diskutiert. So sind in den letzten Monaten auch zahlreiche Expertenberichte erschienen, die sich den Auswirkungen der demografischen Alterung auf das Gesundheits- und Sozialwesen widmen (Beske et al. 2009; FES 2009; SVR 2009). Durchgängig machen sie darauf aufmerksam, dass der demografische Wandel in den nächsten Jahrzehnten deutlich an Geschwindigkeit zunehmen und einhergehend damit die Krankheitslast steigen, aber auch die Zahl Pflegebedürftiger stark ansteigen wird. Sie wird sich – so der Sachverständigenrat (SVR) – von heute 2,25 auf 4,35 Mio. bis 2050 erhöhen und damit nahezu verdoppeln (SVR 2009). Diese Entwicklung wird das Gesundheitswesen vor enorme Herausforderungen stellen. Zu den wichtigsten gehört – darin sind sich alle Expertenberichte einig – die Intensivierung der Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Gesundheitserhaltung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, aber auch der Verhinderung von Verschlimmerungen bei bereits beeinträchtigter Gesundheit und bestehender Pflegebedürftigkeit.

Der zuletzt genannten Herausforderung widmet sich diese Literaturanalyse¹. Im Mittelpunkt steht die Gesundheitsförderung in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung mit dem Fokus auf die Nutzer².

Langzeitversorgung (Long-Term Care, LTC) wird im angloamerikanischen Sprachgebrauch definiert als: „... a wide range of health and health-related support services provided on an informal or formal basis to people who have functional disabilities over an extended period of time with the goal of maximizing their independence“ (Evashwick 2005, S. 4). Mit dem Begriff Langzeitversorgung wird demnach die umfassende (gesundheitliche) Versorgung *aller* Menschen, die über einen längeren Zeitraum an Funktionseinschränkungen leiden, beschrieben.

Ziel ist es, ihre Unabhängigkeit – trotz aller Einschränkungen – zu erhalten und zu verstärken. Long-Term Care umfasst somit nicht allein die professionelle Versorgung sondern auch die informelle, beispielsweise die Pflege durch Angehörige. Ebenso zielt sie auf unterschiedliche Nutzergruppen, neben alten und pflegebedürftigen auch Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen.

Im Folgenden wird allerdings ausschließlich die professionelle Versorgung beleuchtet – konkret die stationäre Langzeitversorgung alter und pflegebedürftiger Menschen, denn sie kann – zumindest quantitativ – als eine der wichtigsten Säulen der Langzeitversorgung in Deutschland be-

¹ Die Literaturanalyse wurde im Rahmen der Kooperation zwischen der AG6 der Fakultät für Gesundheitswissenschaften/Universität Bielefeld und dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR), Wien zur Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung durchgeführt. Nähere Informationen hierzu unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/lbi.html>.

² Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

trachtet werden. Zugleich hat sich gerade in der stationären Altenhilfe in den letzten Jahren ein weitreichender Wandel der Klientenzusammensetzung vollzogen infolge dessen der Problemdruck auf allen Ebenen gewachsen ist und voraussichtlich in Zukunft weiter zunehmen wird (siehe hierzu Schaeffer et al. 2008b). Denn der zu erwartende Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger wird sich auch und besonders in der stationären Langzeitversorgung bemerkbar machen.

Gilt für das gesamte Gesundheitswesen, dass Gesundheitsförderung und Prävention künftig zu einer überaus wichtigen Aufgabe werden, um die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von chronischen Krankheiten, Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit zu reduzieren, so trifft dies auch für die Langzeitversorgung zu. Auch hier werden Prävention und Gesundheitsförderung zu einer zunehmend an Bedeutung gewinnenden Aufgabe, allerdings vornehmlich mit dem Ziel, die Ausweitungsgefahr bei bereits vorhandenen Gesundheitseinbußen einzudämmen (Kuhlmei/Schaeffer 2008; Schaeffer/Büscher 2009). Damit gerät eine Aufgabe auf die Agenda, bei der weitgehend Neuland zu betreten ist und die auch auf wissenschaftlicher Ebene erst langsam in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt. Vor allem ältere, bereits pflegebedürftige, Menschen und eventuell sogar solche, die in vollstationären Einrichtungen leben, sind bislang kaum Gegenstand der Diskussion. Gesundheitsförderung im Sinne der Stärkung von Ressourcen und Schutzfaktoren, die zur Gesundheitssicherung beitragen und Menschen dazu befähigt, mit Belastungen und Einschränkungen umzugehen (Hurrelmann et al. 2004b), wird bislang vor allem für jüngere Altersgruppen thematisiert. Vermehrt geraten in den vergangenen Jahren zwar die Älteren in den Blick, doch gilt das Interesse dabei vor allem den sogenannten jungen Alten³. Vergleichbar und doch tendenziell anders ist es auf internationaler Ebene (Boyle 2008; Kayser-Jones 2009; Minkler 1984). Hier erhält das Thema in wissenschaftlichen Diskussionen und in der Forschung seit längerem mehr Aufmerksamkeit, doch gilt auch hier den Hochbetagten eher selten das Interesse.

Es bedarf vorab gesicherten empirischen Wissens über den Gesundheitszustand einer Zielgruppe, ebenso über die vorhandenen gesundheitlichen Risiken und Ressourcen, um effektive und effiziente Konzepte, Strategien oder Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln zu können (Hurrelmann et al. 2004a). Daher betrachten wir zunächst die vorliegenden empirischen Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation bzw. zur Krankheitslast der Nutzer der Langzeitversorgung (Kapitel 2) und widmen uns erst im Anschluss daran vorliegenden gesundheitsförderlichen Strategien, Konzepten und Interventionen (Kapitel 3). Abschließend diskutieren wir die zukünftigen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung (Kapitel 4).

³ Unter jungen Alten werden Personen ab dem 60. Lebensjahr, unter alten Alten bzw. Älteren Personen ab dem 70. Lebensjahr verstanden und mit Hochaltrigen sind Personen ab dem 80. Lebensjahr gemeint.

2. Gesundheit und Krankheit in der Langzeitversorgung

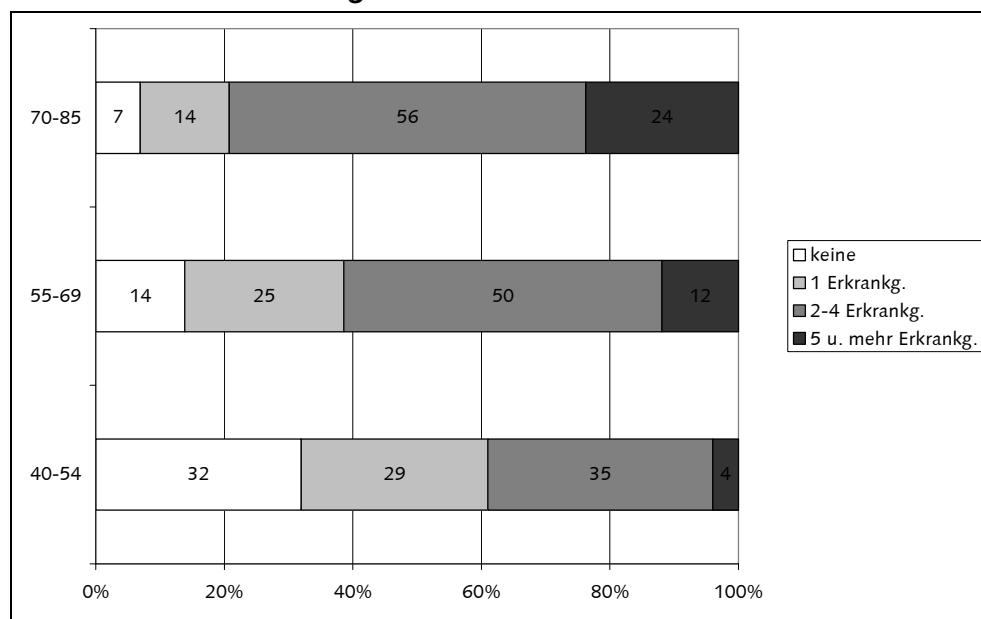
Will man die gesundheitliche Situation der Nutzer von stationären Einrichtungen der Langzeitversorgung in Deutschland beschreiben, wird rasch die insuffiziente Datenlage sichtbar. Denn über die Nutzer der stationären Langzeitversorgung ist wenig bekannt. Sie fallen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, ihren kognitiven Einschränkungen oder weil sie institutionalisiert sind, durch die Art der Stichprobenziehung aus bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen heraus oder werden sogar systematisch ausgeschlossen (Büscher/Wingenfeld 2008; Kuhlmeier 2008). Fakten liefern bisher nur einige wenige Studien wie die sogenannte „MuG IV“, („Möglichkeiten und Grenzen der selbstständigen Lebensführung in stationären Einrichtungen“) (Schneekloth/Wahl 2007), die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen“ (Wingenfeld/Schnabel 2002) oder der GEK-Pflegereport (Rothgang et al. 2008; Rothgang et al. 2009). Gleichzeitig liegt kein allgemeingültiger Konsens darüber vor, wie die Beeinträchtigungen gemessen werden sollen, unter denen gerade hochaltrige Menschen leiden. Denn die Ursachen dieser Beeinträchtigungen liegen zumeist in chronischen Krankheiten, Multimorbidität und damit einhergehenden Funktionseinbußen, die im Lauf der Zeit häufig in Pflegebedürftigkeit enden (vgl. Büscher/Wingenfeld 2008; Kuhlmeier 2008). Deshalb nähern wir uns der Situation der Nutzer der Langzeitversorgung über die generell zur gesundheitlichen Situation alter Menschen vorliegenden Daten, zumal die vorhergehende Gesundheits- und Krankheitsbiographie auch die im späteren Lebensverlauf eintretende Pflegebedürftigkeit bestimmt.

2.1 Die gesundheitliche Situation der alten Bevölkerung – eine Annäherung

(Multi)Morbidity und chronische Erkrankungen

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Einbußen und chronischen Krankheiten. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität gelten bereits heute als häufigste Ursache für Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit (WHO 2008). Multimorbidität zeichnet sich durch mehrere gleichzeitig auftretende chronische oder akute Erkrankungen aus, die in keine Hierarchie eingeteilt werden können. Es handelt sich um eine komplexe Struktur von einzelnen Erkrankungen, die Funktionseinbußen und Behinderungen nach sich zieht und damit für die Erkrankten massive Auswirkungen auf die Fähigkeit zur autonomen Alltagsbewältigung hat (SVR 2009). Über das Ausmaß an Multimorbidität gibt u. a. der deutsche Alterssurvey (DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen o.J.) Auskunft: Während in der Altersklasse der 40-54jährigen lediglich 4% der dort befragten Personen angaben, fünf oder mehr Erkrankungen zu haben, sind dies bei den 55-69jährigen bereits 12% und bei den 70-85jährigen 24%. Gleichzeitig sinkt der Anteil an Personen ohne Erkrankung von 32% auf 7% (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Multimorbidität nach Alter



Quelle: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002 (DZA - Deutsches Zentrum für Altersfragen o.J.), eigene Darstellung

Auch in der Berliner Altersstudie wurde bei rund 90% der 70jährigen und Älteren mindestens eine behandlungsbedürftige Erkrankung diagnostiziert und bei 30% waren es fünf oder mehr internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1999).

Endgültige Aussagen zur Prävalenz und Inzidenz von Multimorbidität sind zur Zeit noch nicht möglich, da in die bisherigen Studien – je nach Multimorbiditätsindex – unterschiedliche Krankheiten und vor allem unterschiedlich viele Erkrankungen aufgenommen wurden. Je mehr Krankheiten in einen Index aufgenommen werden, desto höher ist die Prävalenz von Multimorbidität. Derzeit werden in Deutschland mehrere Forschungsverbünde vom BMBF⁴ gefördert, deren Fokus auf Multimorbidität und dabei auftretenden Versorgungsproblemen liegt, sodass in näherer Zukunft valide Daten zur Verfügung stehen werden (SVR 2009).

Doch nicht nur Multimorbidität, auch einzelne chronische Krankheiten gehen mit einem erhöhten Pflegebedürftigkeitsrisiko einher. Dazu gehören u. a. Neubildungen, psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems. Muskoskeletale Erkrankungen, die häufig mit dem Alter verbunden werden, weil sie zu körperlichen Funktionseinbußen führen können, sind dagegen weniger von Bedeutung (Rothgang et al. 2008; Rothgang et al. 2009).

⁴ siehe: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/193.php>

Demenz

Zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen im Alter gehören die verschiedenen Krankheitsbilder, die unter dem Oberbegriff *Demenz* zusammengefasst werden. Unter den 65jährigen und Älteren in Deutschland gibt es schätzungsweise rund eine Million Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die Inzidenz beträgt fast 200.000 Fälle pro Jahr. Auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Je nach Studie sind von den 65-69jährigen nur 1 bis 1,6% betroffen, dagegen unter den 90jährigen und Älteren 22,1 bis 44,8% (Weyerer 2005).

Unter den in der Berliner Altersstudie (BASE) befragten Westberliner(inne)n befanden sich Anfang der 1990er Jahre in der Altersgruppe der 70-74jährigen keine demenziell Erkrankten, in der Gruppe der 90-94jährigen waren dann allerdings 32% erkrankt. Es wurde jedoch keine exponentielle Steigerung der Demenzprävalenz für die höchste Altersgruppe (95+) festgestellt (Helmchen et al. 1996). Unter den Nutzern in stationären Einrichtungen ist die Demenzprävalenz allerdings wesentlich höher, denn die psychischen Erkrankungen, zu denen auch demenzielle Erkrankungen zählen, sind der Hauptrisikofaktor für den Eintritt in die stationäre Versorgung (Rothgang et al. 2008) (vgl. auch Kapitel 2.2).

Erkrankungen des Kreislaufsystems und Neubildungen

Statistisch gesehen sterben Frauen etwas später als Männer, doch bei beiden Geschlechtern steht über alle Altersklassen hinweg die chronisch ischämische Herzkrankheit an erster Stelle der drei häufigsten Todesursachen in Deutschland. Bei den Frauen steht die Herzinsuffizienz an zweiter Stelle, an dritter der akute Myokardinfarkt. Hingegen steht bei den Männern der akute Myokardinfarkt an zweiter und bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge an dritter Stelle (Statistisches Bundesamt Todesursachenstatistik 2007).

Dementsprechend dominieren in der ambulanten und auch in der stationären Versorgung bei den über 65jährigen chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Robert Koch-Institut 2005). Bei den primärärztlich versorgten Patienten steigt der Anteil an Patienten mit Herzinsuffizienz oder einer zerebrovaskulären Krankheit in der Gruppe der 80jährigen und Älteren im Vergleich mit den jungen Alten sprunghaft an (vgl. Tabelle 1).

Während jedoch die koronare Mortalität mit steigendem Alter zunimmt, sind bösartige Tumore meist eine Ursache dafür, dass potenzielle Lebensjahre verloren gehen und die Betroffenen bereits vor dem 70. Lebensjahr versterben (Robert Koch-Institut 2007). Die Krebssterblichkeit erreicht in der Gruppe der 50-60jährigen ihren Höhepunkt (40%), kommt ab dem 85. Lebensjahr zum Stillstand und geht danach zurück. Bei den 90-94jährigen sterben noch 10% an Krebserkrankungen (Smith 1999). Neubildungen sind dennoch ein hoher Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit und auch für den Eintritt in die stationäre Versorgung (Rothgang et al. 2008).

Tabelle 1: Anteil der Patienten mit ausgewählten Diagnosen in der primärärztlichen Versorgung

Ausgewählte Diagnosen	Altersgruppen	
	60-79	80+
	männlich	weiblich
	%	%
Bluthochdruck, Hypertonie	30,5	29,9
Herzinsuffizienz	11,6	33,8
Ischämische Herzkrankheit	27,4	34,4
Zerebrovaskuläre Krankheiten	10,3	23,9
Diabetes mellitus	13,0	13,9
Arthrose	15,2	17,7
	weiblich	
Bluthochdruck, Hypertonie	36,6	37,3
Herzinsuffizienz	17,4	40,8
Ischämische Herzkrankheit	24,2	32,4
Zerebrovaskuläre Krankheiten	10,3	25,8
Diabetes mellitus	14,3	18,5
Arthrose	21,4	25,1

Eigene Darstellung nach Robert Koch Institut 2005, S. 16
(Quelle: I+G Gesundheitsforschung Ärzte-Panel ACUT)

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegequote (Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung) steigt unter den älteren und hochaltrigen Menschen an. Während von den 65-70jährigen 2,6% pflegebedürftig sind, sind es bei den 75-80jährigen bereits 10%, bei den 85-90jährigen 37,2% und bei den über 90jährigen 61,6% (Statistisches Bundesamt 2008). Statistisch gesehen wird ein heute 65jähriger Mann 15,4 Monate seines restlichen Lebens mit Pflegebedürftigkeit verbringen und eine Frau 29,4 Monate. Der Mann wird 12 Monate mit ambulanter oder in teilstationärer Versorgung leben und weitere 3,4 Monate in einer vollstationären Einrichtung verbringen. Die Frau benötigt 19 Monate ambulante/teilstationäre Pflege und ist 10,4 Monate auf eine vollstationäre Versorgung angewiesen (Bickel 2001). Von den derzeit 2,25 Millionen pflegebedürftigen Menschen sind 83% über 65 Jahre alt.

46% aller Pflegebedürftigen werden ausschließlich durch Angehörige bzw. informelle Hilfen versorgt, 54% nehmen professionelle Hilfe durch ambulante Pflegedienste (22%) oder stationäre Einrichtungen (32%) in Anspruch. Anders formuliert: bereits heute leben über 700.000 pflegebedürftige Menschen in 11.000 Pflegeheimen, über 500.000 nutzen ambulante Pflegedienste und werden hier von mehr als 800.000 Beschäftigten versorgt. Je höher die Pflegestufe ist, desto wahrscheinlicher ist die Nutzung ambulanter und stationärer Pflegedienstleistungen. Während von den Personen in Pflegestufe I noch 55% zu Hause ausschließlich durch Angehörige versorgt werden, sind dies in der Pflegestufe II noch knapp 40% und in der Pflegestufe III nur noch knapp 30% (Statistisches Bundesamt 2008).

2.2 Gesundheitliche Situation der Nutzer der stationären Langzeitversorgung

Nachfolgend werden die wenigen vorliegenden Daten über die Nutzer der stationären Langzeitversorgung vorgestellt. Die gesundheitliche Situation der meist schon vor dem Einzug pflegebedürftigen Menschen hat hohe Bedeutung für die Entscheidung, in die Heimversorgung zu wechseln. Mehrheitlich leiden auch die Nutzer der Langzeitversorgung unter chronischen Krankheiten, vor allem demenziellen Erkrankungen. Psychische Erkrankungen steigern das Risiko für einen Heimeintritt bei Männern um 721% und bei Frauen um 490% (Rothgang et al. 2008; Rothgang et al. 2009). Hinzu kommen schwere somatische Erkrankungen wie bösartige Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die muskuloskelettalen Erkrankungen spielen auch für den Heimeinzug eine geringere Rolle, wohl aber – kaum erstaunlich – Multimorbidität und sie begleitende Funktionseinschränkungen.

Psychische Erkrankungen/Demenz

Vor besondere Herausforderungen werden die Einrichtungen der Langzeitversorgung durch demenzielle Erkrankungen gestellt. Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz von Demenz unter den Nutzern der Langzeitversorgung deutlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Auf der Grundlage verschiedener Studien wird geschätzt, dass mindestens ein Drittel, wahrscheinlich aber mehr als die Hälfte der Nutzer in stationären Einrichtungen (30-80%), von einer mittelschweren bis hin zu einer schweren Demenz betroffen ist (zusammenfassend Rothgang et al. 2008; Schäufele et al. 2007; Weyerer 2005; Weyerer/Schäufele 2004; Wingenfeld/Schnabel 2002)⁵.

Einer der wenigen Studien zufolge, in der zu Hause lebende alte Menschen und Nutzer in stationären Einrichtungen verglichen wurden – der BASE (Helmchen 1996) – ist das Risiko für eine Demenz unter den Nutzern der stationären Langzeitversorgung in Deutschland deutlich höher als für Personen in Privathaushalten. Es ist davon auszugehen, dass die Demenz zum Heimeintritt führt und nicht das Leben im Heim zur Demenz – ein Ergebnis, das durch die aktuelleren Untersuchungen zum Heimeintrittsrisiko unterstrichen wird (Rothgang et al. 2008).

Zusätzlich leiden einer Studie von Wingenfeld und Schnabel (2002) zufolge 70% der Nutzer unter depressiven Stimmungen, über 50% der Nutzer mit Pflegestufe II und über 80% derer mit Pflegestufe III unter schweren Einschränkungen bei der Orientierung, rund die Hälfte unter Angst-

⁵ Eine leichte Demenz umfasst kognitive Störungen, infolge derer die Bewältigung schwieriger Anforderungen einschränkt ist, die Menschen aber noch nicht abhängig von fremder Hilfe sind. Bei einer mittelschweren Demenz kommen die Erkrankten nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Zwar sind noch einige Fähigkeiten vorhanden, aber die Erkrankten benötigen ständige Beaufsichtigung und Anleitung. Schwere Demenz ist der Terminus für ein Stadium, in dem die Erkrankten nicht mehr fähig sind, die einfachsten alltäglichen Anforderungen zu bewältigen und sie somit auch permanente pflegerische Grundversorgung benötigen (Weyerer 2005).

oder (nächtlichen) Unruhezuständen, Selbstgefährdung oder aggressivem Verhalten. Aber auch hier weichen die Studienergebnisse voneinander ab.

Ein Vergleich von Demenzerkrankten und Nutzern ohne Demenz von Schäufele und Kolleginnen (2007) fand bei knapp 40% der Nutzer depressive Symptome in beiden Gruppen. Andere sogenannte nicht-kognitive Symptome konnten allerdings deutlich häufiger unter den Demenzerkrankten beobachtet werden, wie z.B. Agitiertheit und Aggression, Angst, Wahnvorstellung, Enthemmungen oder abweichendes motorisches Verhalten (Schäufele et al. 2007).

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-System und Neubildungen

Die Prävalenzraten von Herzinfarkt und anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nicht deutlich zwischen Personen, die ambulant versorgt zu Hause leben und Nutzern stationärer Einrichtungen zu trennen (Rothgang et al. 2008). Nur beim Schlaganfall ist ein sehr deutlicher Unterschied zwischen ambulant und stationär Versorgten zu erkennen. So liegt die Prävalenz bei den 60-89jährigen zu Hause lebenden Frauen bei 22-26%. In stationären Einrichtungen erlitten dagegen 30% einen Schlaganfall. Bei Männern ist der Unterschied zwischen ambulant und stationär Versorgten geringer. Die Schlaganfallprävalenz ist über alle Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern unter den Pflegebedürftigen deutlich höher als unter nicht pflegebedürftigen Personen.

Bei den sonstigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 10 I00-I99 ohne Schlaganfall und Herzinfarkt) zeigt sich, dass diese spätestens ab einem Alter von 70 Jahren schon fast Bestandteil des Lebens zu sein scheinen. Hier liegen die Prävalenzraten der Nicht-Pflegebedürftigen bei über 80% und steigen ab einem Alter von 90 Jahren auf über 90% an. Die größten Raten finden sich (außer bei den 90+jährigen Frauen) im ambulanten Versorgungsbereich. Auch die Prävalenzraten bei Neubildungen sind bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen höher als bei den stationär versorgten. Sie liegen bei Frauen in allen Altersklassen bei unter 20% und bei den Männern steigen sie bei den 90+jährigen auf über 30% an (ebd.).

In der MuG IV Studie wird die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter Nutzern von stationären Einrichtungen auf 45-48% geschätzt und die Schlaganfallprävalenz auf 19-20% (Schneekloth/Von Törne 2007). Der Grund für die zum Teil wesentlich geringeren Raten könnte in der Form der Erhebung liegen. Bei Routinedaten gehen Informationen über länger zurückliegende Erkrankungen nicht so schnell „verloren“ wie bei einer Befragung von Pflegekräften (Rothgang et al. 2008).

Funktionseinbußen

Nicht nur die muskuloskelettalen, sondern alle chronischen Krankheiten können in den Spätphasen zu körperlichen Funktionseinbußen führen. Nutzer von Einrichtungen der stationären Altenhilfe sind deutlich häufiger von Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen, als alte oder hochaltrige Menschen, die zu Hause leben:

- 57% der im Heim lebenden Menschen können sich nicht allein duschen oder waschen und weitere 31% nur unter Schwierigkeiten,

- 43 % nicht allein die Toilette benutzen (21% nur mit Schwierigkeiten),
- 40 % nicht allein im Zimmer umhergehen (16% mit Schwierigkeiten) und
- 17% nicht allein essen und trinken, weitere 22% haben hier Schwierigkeiten (Schneekloth 2006).

In einer weiteren Studie wird betont, dass nahezu alle untersuchten Nutzer von stationären Einrichtungen⁶ beim Duschen/Baden auf Hilfe oder Übernahme durch Mitarbeiter angewiesen sind. Bereits ab der Pflegestufe II⁷ kann kein Nutzer diese Tätigkeiten allein ausführen (Wingenfeld/Schnabel 2002). Das gilt ebenso für andere Tätigkeiten der Selbsthygiene. Rund 80% der Nutzer benötigen Hilfe oder zumindest Unterstützung beim Waschen, der sonstigen Körperpflege und beim An- und Ausziehen. Auch beim Essen und Trinken sind viele Nutzer der stationären Altenhilfe auf Unterstützung angewiesen. Wenn auch über die Hälfte selbstständig Nahrung zu sich nehmen kann, so benötigen doch über 60% Hilfe oder die Übernahme durch die Mitarbeiter bei der mundgerechten Zubereitung der Mahlzeiten (ebd.). Um noch einmal den Vergleich zur Bevölkerung in Privathaushalten aufzuführen: In der Replikationsstichprobe des Alterssurveys gab bei den 70-85jährigen nur jede fünfte Person an, etwas (14%) oder stark (6,5%) beim Baden oder Anziehen eingeschränkt zu sein (Wurm/Tesch-Römer 2004).

Allerdings ist die Datenlage über die Prävalenz von Funktionseinbußen insgesamt als problematisch einzustufen, weil (1) entsprechende Daten nicht in regelmäßig durchgeführten amtlichen Statistiken erhoben werden und (2) kein allgemeiner Konsens darüber besteht, wie Funktionseinbußen adäquat und umfassend erhoben werden sollen (Büscher/Wingenfeld 2008). Gleichzeitig wurden sowohl in den deutschen Alterssurveys als auch in die SHARE-Studie (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe), auf deren Daten der Alterssurvey zum Teil zurückgreift, nur Personen einbezogen, die zu Hause leben. So ist auch zu erklären, dass mehr Männer als Frauen in hohem Alter ADL-Einschränkungen zeigen. Es ist davon auszugehen, dass Frauen eher als Männer mit einem schlechten funktionalen Status in die stationäre Versorgung eintreten (Menning 2006), weil sie ihre (Ehe-)Partner bis zu deren Tod versorgen und überleben (Schneekloth/Wahl 2008). Deshalb fallen gerade institutionalisierte hochaltrige und pflegebedürftige Frauen aus vielen Untersuchungen und Datenerhebungen heraus (siehe auch SVR 2009).

⁶ In die Untersuchung von Wingenfeld und Schnabel (2002) wurden 27 vollstationäre Pflegeheime in NRW einbezogen und dort je eine Pflageetage/Pflegegruppe. Es handelt sich somit um rund 730 Nutzer.

⁷ Um Leistungen aus der deutschen Pflegeversicherung zu erhalten müssen die pflegebedürftigen Personen – nach Einschätzung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) – mindestens erheblich pflegebedürftig sein (Pflegestufe I), d.h. sie benötigen täglich mindestens 90 Minuten Hilfestellung, von denen über 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen. In der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) muss der Hilfebedarf mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen. In der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) muss der Bedarf bei mindestens fünf Stunden liegen und hiervon müssen mindestens vier Stunden auf die Grundpflege entfallen (§15 SGB XI).

Pflegebedürftigkeit bei Nutzern der stationären Langzeitversorgung

Über 80% der Nutzer von Einrichtungen der stationären Altenpflege sind pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. 29% der Nutzer wurden in die Pflegestufe I eingestuft, 38% in die Pflegestufe II und 18% in die Pflegestufe III. 6% haben einen Pflegebedürftigkeitsgrad, der unter der Pflegestufe I (Pflegestufe 0) liegt und nur rund 8% der Nutzer benutzen die Einrichtungen als reine Wohnstätte (Schneekloth/Von Törne 2007)⁸.

Reduzierte Möglichkeiten der Lebensgestaltung, ein reizarmes Umfeld, zwischenmenschliche Probleme mit anderen Nutzern, fehlende Kontakte zu gleichermaßen Betroffenen sowie das Gefühl, aus dem Alltag herausgerissen worden zu sein und Freunde und Familie verloren zu haben, fördern das Gefühl, nicht mehr autonom und selbst verantwortlich zu sein (Boyle 2008). Den Pflegeeinrichtungen wird daher von einigen Autoren nur ein geringes Potenzial zugeschrieben, die Autonomie der Nutzer aufrecht zu halten und zu fördern (Kayser-Jones 2009; Lobo et al. 2008).

2.3 Zwischenfazit und Forschungsdesiderata zum Gesundheitsstatus der Nutzer

Wie die vorliegenden Studien zeigen, leiden alte Menschen vor allem an unterschiedlichen chronischen Erkrankungen und mit steigendem Alter vielfach an Multimorbidität. Trotz aller Messprobleme⁹ ist davon auszugehen, dass es chronische Erkrankungen bzw. Multimorbidität sind, die zu Pflegebedürftigkeit führen und psychische Erkrankungen, wie Demenz, die einen Übergang in eine stationäre Einrichtung der Langzeitversorgung nach sich ziehen. Demenziell Erkrankte prägen mittlerweile das Bild in der stationären Altenhilfe und machen dort das Gros der Nutzer aus.

⁸ Eine ausführliche Analyse der Daten zu Pflegeversicherung insgesamt und speziell zur stationären Versorgung findet sich im Arbeitspapier zur Struktur der Langzeitversorgung in Deutschland (Schaeffer et al. 2008b).

⁹ Die Auswertung von Routinedaten bringt diverse Messprobleme mit sich. So berichten Rothgang et al. im GEK-Pflegereport 2008, dass die zu Pflegebedürftigkeit führenden Erkrankungen ein bis zwei Jahre vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit diagnostiziert wurden. Daher kann zwar vermutet werden, dass diese Krankheiten zu Pflegebedürftigkeit geführt haben, bewiesen werden kann das über die vorliegenden Daten jedoch nicht. Außerdem könnte es zu einer Unterschätzung der Prävalenzen gekommen sein, da nur die ärztlich nachgewiesenen Diagnosen einbezogen wurden. Es ist aber davon auszugehen, dass es im Heim insgesamt seltener zu einem Arztkontakt kommt als bei Versicherten, die zu Hause leben, u. a. weil die Nutzer – insbesondere solche mit psychischen Erkrankungen – seltener in der Lage sind, selbst aktiv einen Arztkontakt herzustellen und niedergelassene Ärzte keinen finanziellen Anreiz haben, ein Pflegeheim aufzusuchen (Rothgang et al. 2008).

Die gesundheitliche Situation der Nutzer in der Langzeitversorgung ist – wie deutlich wurde – insgesamt durch ein hohes Maß an Fragilität und auch Vulnerabilität gekennzeichnet. Denn fast durchgängig leiden sie unter irreversiblen und oft mehrfachen Gesundheitseinschränkungen bzw. Krankheiten sowie dauerhaften Funktionseinbußen und sind abhängig von der Hilfe anderer. Dies macht sie schutzbedürftig. Das ist auch bei der Konzipierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beachten¹⁰.

Die bisher dargestellten Daten über die Nutzer der stationären Altenpflege sind insgesamt sehr krankheitslastig und defizitorientiert. Sie versperren damit den Blick auf die dennoch vorhandenen gesundheitlichen Potenziale bzw. das Faktum, dass zwar 43% der Nutzer nicht allein die Toilette nutzen können, was aber umgekehrt heißt, dass 57% dies können (Schneekloth/Wahl 2007). Will man jedoch die Ressourcen und Potenziale in den Blick nehmen, zeigt sich rasch, dass auch über die gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen im Heim lebender Menschen wenig bekannt ist. Für die Entwicklung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der stationären Langzeitversorgung bringt dies erhebliche Probleme mit sich, auf die in den folgenden Kapiteln näher eingegangen wird.

Auch stand die gesundheitsbezogene Lebensqualität selten im Fokus der Studien zur gesundheitlichen Situation von alten und hochaltrigen Menschen, noch seltener wenn diese Nutzer der Langzeitversorgung waren. Die subjektive Gesundheit alter und hochaltriger Menschen wurde bislang zugunsten der objektiven Gesundheit bzw. der Prävention von Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit vernachlässigt. Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit erweist sich jedoch im höheren Lebensalter als starker Prädiktor für das subjektive Wohlbefinden (Smith et al. 1999). Sie wirkt sich konstruktiv auf die Bewältigung von Krankheit im Alter aus (Gunzelmann et al. 1999; vgl. auch Jang et al. 2007) und ist nicht zuletzt auch ein Prädiktor für die Mortalität, unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand (DeSalvo et al. 2006; Mossey/Shapiro 1982). Die subjektive Gesundheit nimmt zwar auch mit zunehmendem Alter ab,

¹⁰ Hinzu kommt, dass der Übergang in ein Heim selbst ein stresshaltiges Ereignis darstellt und mit zahlreichen Anpassungsherausforderungen einhergeht. Er kommt einem neuen Lebensabschnitt gleich und leitet die letzte Lebensphase vor dem Lebensende ein. Zudem stellen die Institutionen der stationären Altenhilfe eine eigene Welt mit eigenen Regeln, Ordnungen und Routinen dar, die der Gewöhnung bedürfen (Sorrell 2008) und nicht alle Nutzer verfügen über die notwendigen Bewältigungskompetenzen und -potenziale, um damit umzugehen (Andersson et al. 2007; Hauge/Heggen 2007) Auch dies macht die Nutzer anfällig und verstärkt ihre Vulnerabilität. Daher müssten sie unter dem besonderen Schutz der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter stehen. Stattdessen werden von ihnen enorme Bewältigungsleistungen erwartet, die nicht alle zu erbringen in der Lage sind. Die Nutzer verlieren oft während der ersten Zeit ihres Aufenthaltes in Einrichtungen der Langzeitversorgung rasch an körperlichen und kognitiven Fähigkeiten. Die Gründe dafür werden vor allem in der Organisation und Struktur von Einrichtungen der Langzeitversorgung gesehen (Abt-Zegelin/Reuther 2009; Kayser-Jones 2009; McConnell et al. 2003; McElhone/Limb 2005). Daher empfehlen viele Autoren vor allem die Stabilisierung der Lebensqualität der Nutzer (Sorrell 2008) und betonen zugleich, wie wichtig die Förderung der Bewältigungskompetenzen ist. Einige Autoren gehen so weit, dass sie für die Hochaltrigen ausschließlich Interventionen zur Stabilisierung von Lebensqualität empfehlen (Lobo et al. 2008).

der Altersgradient für objektive Erkrankungen ist jedoch deutlich steiler als der für die subjektive Gesundheit (Robert Koch-Institut 2005; Wurm/Tesch-Römer 2006).

Daraus lässt sich schließen, dass gesundheitliche und funktionale Einbußen nicht als Krankheit, sondern als Teil des normalen Alterungsprozess zu sehen und für die Einschätzung der subjektiven Gesundheit nicht mehr von so hoher Bedeutung sind. Gleichzeitig nimmt der Vergleich mit der eigenen Altersgruppe einen höheren Stellenwert ein (Borchelt et al. 1999; Schönemann-Gieck et al. 2003)¹¹. Solche adaptiven Formen der Krankheitsbewältigung gilt es zu fördern. Dafür ist es jedoch zunächst unabdingbar die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit auch in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu erheben.

¹¹ Zwar wurde die subjektive Gesundheit bislang meist in Querschnittsuntersuchungen erhoben und es kann somit nicht eindeutig bewiesen werden, dass die Altersgruppenunterschiede tatsächlich auf individuellen Entwicklungen beruhen, aber die wenigen Kohorten- und Längsschnittdaten weisen darauf hin, „dass das subjektive Gesundheitserleben verändert werden kann und somit individuelle wie gesellschaftliche Interventionspotenziale bestehen. Dies ist eine Chance, die es gerade angesichts des demografischen Wandels im Einzelnen zu entwickeln und zu nutzen gilt“ (Wurm et al. 2009, S. 90).

3. Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung

Betrachtet man den vorliegenden Diskurs zur Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung¹² wird – wie zuvor erwähnt – rasch sichtbar, dass dem Thema bislang relativ wenig Aufmerksamkeit gewidmet und es – wenn überhaupt – vornehmlich als „Gesundheitsförderung im Alter“ diskutiert wurde. Dabei stehen allerdings meist gesunde und die sogenannten „jungen Alten“ im Mittelpunkt, nicht aber die in der Regel älteren alten Menschen, die bereits unter Gesundheit- und Funktionseinbußen oder auch Pflegebedürftigkeit leiden. Noch mehr gilt dies für die Nutzer der stationären Langzeitversorgung, die sich zudem in einer vulnerablen Situation befinden. Ihnen wurde bislang kaum Beachtung in der Gesundheitsförderungsdiskussion zuteil.

Erst jüngst beginnt sich dies langsam zu verändern (Schaeffer/Büscher 2009). Doch auch das Gesundheitsverhalten alter Menschen wurde erst in den letzten Jahren vermehrt Gegenstand der Forschung, wobei auch hier Pflegebedürftige und die Nutzer der Langzeitversorgung bisher eher selten das Interesse der Forschung gefunden haben. Daher verfolgen wir in diesem Kapitel eine ähnliche Strategie wie im vorangegangenen und nähern uns dem Thema über vorliegende Erkenntnisse zum Gesundheitsverhalten und erfolgreichen Altern. Wir stellen zunächst Gesundheitsförderungsprogramme/-interventionen vor, die eher jüngere Ältere adressieren und das Ziel verfolgen, ein gesundes Altern zu ermöglichen sowie die Eintrittswahrscheinlichkeit von Gesundheitseinbußen hinauszuzögern. Anschließend wird versucht, diese auf die im Mittelpunkt stehende Zielgruppe zu übertragen, die wenigen vorliegenden Daten über das Gesundheitsverhalten der Nutzer der Langzeitversorgung darzulegen¹³ und die wenigen speziell für Einrichtungen der stationären Altenhilfe entwickelten Ansätze und Projekte zusammen zu tragen.

¹² Das folgende Kapitel basiert auf einer Literaturrecherche zum Thema „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung/Long-Term Care (LTC)“. Die zunächst offen durchgeführte Suche zeigte, dass die Kombination von „Gesundheitsförderung“ (Health Promotion) und „Langzeitversorgung“ (Long-Term Care) kaum geeignete Treffer erzielte, sondern (1) Gesundheitsförderung meist nicht klar von Prävention abgrenzt wird, (2) beide Begriffe häufig synonym benutzt werden, (3) der Begriff „Long-Term Care“ in verschiedenen Disziplinen unterschiedliche Bedeutung hat, (4) er stark von den jeweiligen Gesundheitssystemen beeinflusst ist, (5) Langzeitversorgung in Deutschland kein gebräuchlicher Begriff ist und (6) hauptsächlich gesunde alte Menschen im Fokus von einschlägigen Untersuchungen stehen. Angesichts dessen wurde die Suche auf die stationäre Langzeitversorgung eingegrenzt, denn – so die Vermutung – hier durchgeführte Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen für pflegebedürftige (alte) Menschen konzipiert worden sein. Die weitere Recherche erfolgte in den vier Datenbanken „CINAHL“, „PsycLit“, „PubMed“, sowie „GeroLit“ und anhand der Kombination folgender englischsprachiger Stichworte: Long-Term Care + nursing home in Kombination mit „elderly“, „old age“, „over 80“, „old-old“; „oldest-Old“ und „frail elderly“/ Long-Term Care + care home in Kombination mit den Begriffen „elderly“, „old age“, „over 80“, „old-old“; „oldest-Old“ und „frail elderly“/ Health Promotion + nursing home bzw. care home in Kombination mit den Begriffen „elderly“, „old age“, „over 80“, „old-old“; „oldest-Old“ und „frail elderly“. Zusammengefasst wurde bei der Recherche deutlich, dass die Methode des systematischen Reviews nicht geeignet war, dieses wissenschaftlich wenig evaluierte Feld zu beschreiben.

¹³ Im Folgenden müssen wir stark auf internationale Literatur rekurren, da in Deutschland bislang wenige Publikationen vorliegen.

3.1 Eine Annäherung: Gesundheitsverhalten im Alter

Gesundheit wird von älteren Menschen als sehr wichtig, sogar als „hohes Gut“ angesehen. Sie nimmt mit zunehmendem Alter immer größere Bedeutung ein und steigt in der Rangskala an Werten. Dies zeigt sich ebenso in Zufriedenheitsuntersuchungen – gesundheitliche Zufriedenheit erhält mit steigendem Alter immer höhere Relevanz. Das schlägt sich auch im Gesundheitsverhalten nieder. Die Bereitschaft und das Engagement, Gesundheitsempfehlungen anzunehmen und das Gesundheitsverhalten positiv zu verändern, nimmt ab dem mittleren Lebensalter immer weiter zu (Heidrich 1998; Renner/Staudinger 2008; Resnick/Nigg 2003). Motiviert wird dies durch den Wunsch, im Alter keine Beschwerden und Schmerzen zu haben, sich auch im hohen Alter wohl zu fühlen und nicht hilfe- und pflegebedürftig zu werden (Dapp et al. 2009). Um die gesunden Lebensjahre auszudehnen, sind Ältere nicht nur bereit, ihren Lebensstil zu ändern, vielmehr investieren sie auch finanziell in ihre Gesundheit. In Deutschland lebende ältere und alte Menschen (nicht berücksichtigt wurden Hochaltrige) aus Haushalten mit ausgabenfähigem Einkommen geben für ihre Gesundheit im Vergleich zur restlichen Bevölkerung monatlich am meisten finanzielle Mittel aus: durchschnittlich rund 116 Euro und damit mehr als jüngere Altersgruppen mit rund 73 Euro pro Monat (Mardorf/Böhm 2009).

Vorliegende Studien – insbesondere Langzeituntersuchungen (ex. Ferrucci 2008) – zeigen inzwischen, dass Gesundheitsinvestitionen dieser Art lohnenswert sind. So liegt mittlerweile Evidenz dafür vor, dass besonders Veränderungen des Gesundheitsverhaltens positive Auswirkungen haben und die Chancen gesunden Alterns verbessern. Hervorgehoben wird, dass vor allem Maßnahmen wie a) regelmäßige körperliche Bewegung, b) gesunde Ernährung, regelmäßige Gewichtskontrolle, kein Tabakkonsum bzw. Raucherentwöhnung, mäßiger Alkoholgenuss und c) die Übernahme einer aktiven Rolle in der Gesellschaft (Ferrucci 2008; Homer 2008; WHO 2002) und Stärkung von Bewältigungsressourcen positive Effekte zeitigen und als empfehlenswert anzusehen sind.

Teilweise sind die Einschätzungen allerdings recht widersprüchlich. Daher empfehlen Renner und Staudinger (2008) bei der Kriterienwahl zur Bestimmung der Wirksamkeit von gesundheitsbewusstem Verhalten dem wissenschaftlichen Hintergrund mehr Aufmerksamkeit zu schenken, denn ein Verhalten kann beispielsweise aus medizinischer Sicht als gesundheitsfördernd, aus psychologischer Sicht aber eher als gesundheitsschädigend eingeschätzt werden (Renner/Staudinger 2008). Bisher gibt es zudem keine Klarheit darüber, ob die meist für jüngere Altersgruppen entwickelten und getesteten Maßnahmen auch auf die Altersgruppe der Hochaltrigen bzw. die Nutzer der Langzeitversorgung übertragbar sind, deren gesundheitliche Situation sich durch größere Fragilität auszeichnet (Ferrucci 2008).

Dennoch scheint sich inzwischen abzuzeichnen, dass sich körperliche Aktivität auch im hohen Alter förderlich auf die Gesundheit und Lebenserwartung älterer und hochaltriger Menschen auswirkt (Renner/Staudinger 2008). Ähnliches gilt für das Thema Ernährung sowie die Förderung von Bewältigungskompetenzen und Resilienzpotenzialen – Aspekte, die im Folgenden diskutiert werden sollen. Zunächst zum Thema Bewegung.

3.1.1 Zur Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegung im Alter

Grundsätzlich bleiben Menschen, die sich regelmäßig bewegen, länger gesund (Ferrucci 2008) und können damit ihre (gesunde) Lebenserwartung steigern (Cochrane et al. 1998; Deary et al. 2006).

Körperliche Aktivität und Bewegung gehören in jedem, auch im hohen Alter unabdingbar zu einem gesunden Lebensstil. Positive Effekte auf Morbidität und Mortalität zeigen sich auch dann, wenn Personen erst im spät(er)en Lebensverlauf mit einem aktiven Lebensstil beginnen. So haben Byberg und Kollegen (Byberg et al. 2009) den Langzeiteffekt physischer Aktivität bei schwedischen Männern gemessen. Die Männer wurden zu Beginn der 1970er Jahre, als sie sich in ihrem fünften Lebensjahrzehnt befanden und nach 35 Jahren wiederholt untersucht. Die Autoren konnten einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und einer Reduktion der Mortalität nachweisen. Männer, die bereits zum ersten Befragungszeitpunkt körperlich aktiv waren, aber auch die, die ihre Aktivitäten erst von diesem Zeitpunkt an steigerten, zeigten einen Rückgang der Mortalität. Der positive Effekt war ähnlich hoch, wie der, wenn Menschen ihren Tabakkonsum einstellen. Selbst alte und hochaltrige Menschen (71 bis 101 Jahre alt) können ihre Muskelkraft in den Oberarmen und Beinen, zumindest kurzfristig, um bis zu 50% steigern, wenn sie nach einer eher bewegungsarmen Lebensphase an einem achtwöchigen intensiven Trainingsprogramm teilnehmen (Cochrane et al. 1998).

Durch regelmäßige Bewegung und Sport kann der altersbedingte physische Abbau verzögert werden (Hughes et al. 2009). Darüber hinaus wirken sich sportliche Aktivitäten nicht nur positiv auf die körperliche, sondern auch auf die kognitive Leistungsfähigkeit aus (Deary et al. 2006) ebenso auf die Stimmungslage, die Problembewältigungskompetenz, Körperwahrnehmung (Danahauer et al. 2005; Gunzelmann et al. 1999), das psychische Wohlbefinden und das Sozialverhalten (Colcombe/Kramer 2003; Conn et al. 2003; Heyn et al. 2004; WHO 1997).

Nicht allein Sport hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit, sondern alle Arten von Bewegung. In der Literatur werden unter dem Stichwort „körperliche Aktivität“ nicht nur Training, körperliche Übungen, Sport und Fitness sondern auch arbeits- und freizeitbezogene Aktivitäten wie Gartenarbeit, Spazieren gehen, Tanzen, Yoga und Tai Chi verstanden (Mensink 2003; WHO 1997). Je nachdem, welche Art von Bewegung bevorzugt bzw. therapeutisch eingesetzt wird, kann das Risiko von Erkrankungen und Gebrechlichkeit (Peterson et al. 2009) gesenkt bzw. deren Behandlung unterstützt werden (Mensink 2003). Jede Art von Bewegung beeinflusst zudem die subjektive Lebensqualität (Klook et al. 2008) sowie das Erleben und den Erhalt der Autonomie älterer Menschen. Gezielte Bewegungsformen – so Huber/Spirig 2004 – können Krankheitssymptome oder das Auftreten von Schmerzen lindern und haben langfristig Einfluss auf kognitive Funktionen (Williamson et al. 2009) und Demenzerkrankungen (Colcombe/Kramer 2003; Conn et al. 2003; Heyn et al. 2004; WHO 1997).

Im Gegensatz zu den nachgewiesenen positiven Effekten von Bewegung ist mit *Bewegungsmangel* wiederum eine lange Liste weitreichender

negativer Folgen verbunden. Bewegungsmangel wirkt sich negativ auf den Gesundheitsstatus aus (Cochrane et al. 1998; Forster et al. 2009; Gillespie et al. 2009). Negative Folgen sind beispielsweise ein unsicheres Gangbild, Herz-Kreislaufkrankungen, Muskel-/Skeletterkrankungen, Arthrose, Veränderungen der Sinneswahrnehmungen (Sehen, Hören, Riechen), Atemwegserkrankungen, ein verändertes Ess- und Trinkverhalten, Osteoporose, Schmerzen, Abnahme der körperlichen und geistigen Flexibilität, Stürze, Schlaganfall, Diabetes, Druckgeschwüre (Mayer et al. 2003; Pfeifer et al. 2001). Bewegungsmangel hat bei gesunden alten Menschen Beeinträchtigungen zur Folge, die im weiteren Verlauf zu Erkrankungen führen und schlimmstenfalls chronische Krankheiten nach sich ziehen können.

Allerdings gehört regelmäßige Bewegung bei einem Großteil aller Menschen nicht mehr zu ihrem Alltag und häufig fehlt ihnen die Motivation, sich dennoch zu bewegen (Clark et al. 2008; Hirvensalo et al. 1998; Mensink 2003; Rütten et al. 2007; WHO 1997). Auch fehlt vielen älteren Menschen das Interesse an körperlicher Bewegung, obwohl sie eigentlich mehr Zeit dafür hätten als z.B. Berufstätige (Opaschowski 2008). So beteiligen sich in Deutschland in der Altersgruppe der 60-69jährigen einer Untersuchung zufolge noch etwa 40% regelmäßig an sportlichen Aktivitäten. Von den befragten Männer geben 40% an, wöchentlich zwei und mehr Stunden sportlich aktiv zu sein, von den Frauen 37% (Robert Koch-Institut 2003). In der Gruppe der 70-79jährigen Männer und Frauen sind es dann bereits weniger als 30% (Mensink 2003). Und unter den 80jährigen und Älteren liegt der Anteil bei den Männern noch bei 15 % und bei den Frauen bei 17% (Robert Koch-Institut 2003).

Die meisten Studien stellen Sport als körperliche Bewegung in den Vordergrund. Gemessen wird die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten und nicht die Bewegung, die sich im Alltag ergibt (Meyer 2006). Zwar verweisen Becker und Zimmer-Stenzel (2009) darauf, dass Personen, die sich grundsätzlich wenig und ungern bewegen, zugleich „Sportmuffel“ sind (Becker/Zimmermann-Stenzel 2009). Aber dies trifft nicht unbedingt auf ältere Menschen zu. Obwohl ältere Menschen körperlich sehr anstrengende Aktivitäten – wie Sport – zunehmend vermeiden (Zeuner/Biering 2009), bewegen sie sich doch weiterhin regelmäßig, wenn auch moderater. So wurde beispielsweise bei niederländischen älteren Männern (65-84 Jahre) festgestellt, dass sie im Verlauf von 10 Jahren zunehmend auf Aktivitäten wie Fahrradfahren und Gartenarbeit verzichteten. Sie gingen jedoch weiterhin regelmäßig spazieren. Der Verzicht auf Fahrradfahren und die Gartenarbeit wurde mit dem Alter(n) und dem damit einhergehenden Verlust an Kraft und Ausdauer begründet. Funktionelle Einbußen lagen nicht vor (Bijnen et al. 1998).

Meist werden ein schlechter Gesundheitszustand, bereits bestehende Erkrankungen und die Angst vor erhöhter Verletzungsgefahr als Ursachen für den Rückgang sportlicher Aktivitäten von alten und hochaltrigen Menschen angeführt (Hirvensalo et al. 1998; Mensink 2003; Rütten et al. 2007; WHO 1997).

Eine große Herausforderung besteht demnach darin, die Gruppe der jetzigen Alten und Hochaltrigen überhaupt für (sportliche) Aktivitäten zu begeistern – da viele von ihnen mit zunehmendem Alter ihre Belastungen

reduzieren, weil sie davon ausgehen, dass sie diese nicht mehr ohne Selbstgefährdung bewältigen können.

Im Sinne einer self-fulfilling prophecy verringert überhöhte Vorsicht tatsächlich die individuelle Belastbarkeit. Aufgrund des mangelnden Vertrauens in die eigene Bewegungsfähigkeit entsteht ein Bewegungsmangel, der die körperliche – aber auch geistige Belastbarkeit – realiter reduziert, denn mit der Abnahme der Herausforderungen reduziert sich auch die Bewältigungskompetenz von Alltagsproblemen (Schweer 2008). Ob dies auch für die kommenden Alten und Hochaltrigen zutrifft, bleibt zunächst offen. Seit einigen Jahren wird jedoch ein positiver Trend beobachtet: die heute jungen Alten (ab 50/60 Jahre) treiben mehr Sport und haben sportliche Aktivitäten intensiver in ihren Alltag integriert (Becker et al. 2007). Eine der Ursachen dafür dürfte darin liegen, dass sportliche Fitness in den letzten Jahren zu einem „gesellschaftlichen Leitwert“ (Thiel et al. 2009, S.152) geworden ist.

Ein positiver Einfluss von körperlicher Bewegung wird allerdings nur dann erzielt, wenn sie regelmäßig und über einen langen Zeitraum erfolgt. Empfohlen werden mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität an mindestens drei, am besten allen Tagen der Woche (Pate et al. 1995). Die Aktivitäten sollten zu Schwitzen und gesteigerter Atmung führen, wie dies z.B. beim Radfahren oder Spaziergehen der Fall ist (Rovio et al. 2005; von Bonsdorff et al. 2009).

Zusätzlich sollten Erwachsene zweimal in der Woche kraft- und beweglichkeitsförderndes Training sowie Ausdauertraining dreimal wöchentlich á 20-60 Min. betreiben. Ein solches Programm setzt eine hohe Motivation voraus, sich regelmäßig körperlich zu betätigen. Motivationsfaktor kann der Spaß an der Bewegung sein, aber auch gemeinsame Unternehmungen, Selbstkontrolle über das eigene Leben, lebenslange Aktivitäten und ein verbesserter Gesundheitsstatus (WHO 1997).

Die Literatur zeigt, dass ein Teil der Bevölkerung keinerlei Freude an sportlichen Aktivitäten hat und einen dementsprechend bewegungsarmen Lebensstil aufweist. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Vielen fehlt einfach die notwendige soziale Unterstützung, um überhaupt aktiv zu werden, das gilt vor allem für Personen – meist sind es Frauen –, die in Ein-Personen Haushalten leben (Rütten et al. 2007). Auch andere Merkmale, die weniger verhaltens- denn verhältnisbezogen sind, haben Einfluss auf Bewegung und Aktivität. Zu nennen sind hier ein niedriges Einkommen, ein geringeres Bildungsniveau, eine negative Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität und der Notwendigkeit, etwas für die eigene Gesundheit zu tun (Clark et al. 2008). Hinzu kommen kulturelle Barrieren, mangelnde Infrastrukturen und schlechte Umgebungsbedingungen (Hirvensalo et al. 1998; Mensink 2003; Rütten et al. 2007; WHO 1997). Grundsätzlich sind es bestimmte Personengruppen, die eher Sport als Andere betreiben: die höher Gebildeten, Nichtraucher, Personen mit gutem Gesundheitszustand, einem gesunden Ernährungsverhalten und Normalgewicht (Becker et al. 2007).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die meisten Studien positive Effekte von Bewegung und Sport auf den Gesundheitszustand nachweisen und dabei Sport bzw. sportliche Aktivitäten in den Vordergrund stellen. Schon durch diesen Zugriff fällt die Gruppe der Hochaltrigen

tendenziell heraus. Denn für sie ist der Zugang zu sportlichen Aktivitäten (im Verein, in Gruppen etc.) eingeschränkt, da sich mit zunehmendem Alter der Bewegungsradius verringert und altersbedingte Funktionseinbußen die Teilnahme erschweren. Grundsätzlich werden hochaltrige Menschen und Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder sozial isoliert Lebende in Studien kaum berücksichtigt (Albright et al. 2005; Fahrenwald et al. 2004; Rütten et al. 2007). Daher ist nach wie vor wenig darüber bekannt, wie sich Sport- und Bewegungsprogramme im einzelnen auf diese Zielgruppe auswirken (Meyer 2006). Außerdem werden Kraft und Ausdauer gemessen, anstatt die für den Alltag der Hochaltrigen wichtigen Fähigkeiten – wie beispielsweise die Koordinationsfähigkeit (Pfeifer et al. 2001). Hier bedarf es also mehrerer Forschung, die speziell auf Hochaltrige und die Nutzer der Langzeitversorgung zugeschnitten ist. Denn über sie und ihre gesundheitlichen Potenziale und die Möglichkeiten und Effekte von Bewegungsförderung ist noch wenig bekannt.

3.1.2 Die Bedeutung gesunder Ernährung im Alter

Auch eine gesunde Ernährung trägt zur Vermeidung bestimmter Krankheiten und zur Aufrechterhaltung körperlicher und geistiger Fitness bei (Haveman-Nies et al. 2003; Tse/Benzie 2004; WHO 2002). Eine fettarme Ernährung reduziert die Gesamtmortalität und schützt vor koronaren Erkrankungen. Obst, Gemüse und Vollkornprodukte schützen vor Krebserkrankungen, wie Darm- und Blasenkrebs (Heidrich 1998; Renner/Staudinger 2008). Zugleich senkt eine gesunde Ernährung den BMI, führt zu einem geringeren Taillenumfang und kann die mit Übergewichtigkeit einhergehenden gesundheitlichen Folgen verhindern (Ferrucci 2008)¹⁴.

Ältere Menschen ab 65 Jahre (mit Ausnahme der Hochbetagten, die in der Studie von Mensink et al. (2002) nicht berücksichtigt wurden) sind gefährdet, nicht genügend Nährstoffe zu sich zu nehmen. Gleichzeitig brauchen ältere Menschen im Ruhezustand etwa ein Viertel weniger Energie als 25jährige. Es wird vermutet, dass der Anteil übergewichtiger und fettleibiger Menschen unter den Älteren steigt, weil sie nicht die Nahrung zu sich nehmen, die einerseits ihrem Energieverbrauch und andererseits ihrem Nährstoffbedarf entspricht. Übergewichtigkeit und Mangelernährung im Alter sind daher nicht unbedingt eine Folge von ungesunder Ernährung über die Lebensspanne, sondern sie entstehen erst im Alter. Einige nehmen insgesamt *zu wenig* Nahrung (Nährstoffe) zu sich, andere *zu viel (ungesunde)* Nahrung (Energie). Es fehlt den Älteren an Vitaminen (vor allem Vitamin D), Mineralstoffen und Flüssigkeit (Mensink et al. 2002).

¹⁴ Ferrucci (2008) empfiehlt älteren Erwachsenen zudem, neben dem Körpergewicht auch ihre Körperform regelmäßig zu kontrollieren. In Bezug auf die Körperform gilt zu beachten, dass die „Birnenform“ allgemein als gesünder eingestuft wird als die „Apfelform“ (weniger Herzerkrankungen, da weniger Körperfett die Organe beeinträchtigt). Und schlank bedeutet nicht automatisch gesund. Personen mit extrem niedrigem BMI (unter 19) zeigen teilweise eine höhere Mortalitätsrate als solche mit normalem Gewicht oder leichtem Übergewicht.

Das Ernährungsverhalten älterer Menschen wird zusätzlich durch altersbedingte Beeinträchtigungen der Sinnesorgane beeinflusst. Riechverlust, der im Alter häufiger auftritt, verursacht unter anderem ein mangelndes Interesse am Essen und die mit Nahrungsreduzierung einhergehenden Probleme wie Gewichtsverlust und Infektanfälligkeit (Steinbach et al. 2008).

Die Ergebnisse des letzten Ernährungsberichts (Deutsche Ernährungsgesellschaft 2008) zeigen aber insgesamt eine positive Entwicklung des Ernährungsverhaltens und Ernährungsbewusstseins. Ältere Erwachsene (ab 65 Jahre) ernähren sich gesünder als jüngere. Sie essen mehr Obst und Gemüse, achten auf eine fettarme Ernährung, essen mehr Fisch und verzichten auch zunehmend auf Tabak- und Alkoholkonsum. Einzig der Verzehr von Kuchen, Süßwaren und Obst steigt bei den Älteren an.

Nach wie vor ungeklärt ist, wie die Problematik der Mangelernährung bzw. Übergewichtigkeit im Alter vermieden werden kann und inwieweit die damit verbundenen gesundheitlichen Einbußen und funktionellen Einschränkungen bei alten Menschen verbessert werden können. Bisher ist nur der Einfluss von Mangelernährung und Übergewichtigkeit auf den Gesundheitszustand älterer Erwachsener untersucht worden. Während eine reduzierte Nahrungsaufnahme die kognitiven Funktionen älterer Menschen beeinflussen kann, beeinträchtigt Übergewichtigkeit die körperlichen Funktionen enorm (Rondanelli et al. 2007).

3.1.3 Zur Bedeutung der psychischen und sozialen Situation im Alter

Nicht nur eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität fördern die Gesundheit im Alter, auch die psychischen und sozialen Aspekte haben erheblichen Einfluss darauf, wie man altert. Darüber hinaus hängen diese drei Faktoren eng zusammen. Denn es ist unbestritten, dass ein produktives und aktives Leben zu gesundheitsförderlichen Lebenserfahrungen im Alter führt (Wiesmann et al. 2006), Freizeitaktivitäten das Risiko reduzieren, an Demenz zu erkranken und soziales Engagement dazu führen kann, dass Menschen länger gesund leben (Ferrucci 2008; Homer 2008). Dabei wird deutlich, dass vor allem die körperliche Aktivität und die psychische und soziale Situation einer Person nicht voneinander zu trennen sind, denn mit körperlichen Funktionseinbußen ist die Möglichkeit, aktiv am Leben teilzunehmen, zwangsläufig enorm eingeschränkt.

Eine aktive und selbständige Lebensführung trägt ein hohes Gesundheitspotenzial in sich, kann jedoch nicht losgelöst von den Bewältigungsstrategien der älteren und hochaltrigen Menschen betrachtet werden. Es hängt viel davon ab, mit welcher Einstellung sie altern und wie sie die mit dem Älterwerden verbundenen Verluste und Beeinträchtigungen verarbeiten und bewältigen (Lehr 2003; Wahl/Tesch-Römer 1998) und es kommt auch darauf an, wie hoch ihre Widerstandsfähigkeit (= Resilienz) im Alter ist (Müller/Petzold 2003; Schmitt 2004). Interventionen richten sich zumeist an die Gruppe der jungen Alten und wollen den Adressaten vermitteln, Altern als Teil des Lebenslaufs wahrzunehmen und dies möglichst früh in der eigenen Biografie zu erkennen, Altern als Entwicklungschance

zu begreifen, die eigenen Ansprüche hoch zu halten und stets aktiv zu bleiben (Tesch-Römer 2006).

Doch je älter die Menschen werden, umso stärker nehmen sie die eigenen körperlichen und persönlichen Veränderungen wahr und beobachten den Rückgang ihrer Leistungsfähigkeit. Dies kann bei einem negativ besetzten Altersbild zur Folge haben, dass sie sich selbst zurück ziehen, weniger (soziale) Verantwortung übernehmen und sich das Gefühl, gebraucht zu werden, reduziert. Solche negativen Emotionen lösen unter Umständen weitere Gesundheitseinbußen aus. In diesem Zusammenhang sei auch auf die hohe Bedeutung von sozialen Netzwerken hingewiesen, denn Personen, die sich einsam fühlen, tragen ein höheres Risiko für Gesundheitseinbußen in sich als diejenigen, die über ein gut funktionierendes Netzwerk verfügen. Der soziale Rückhalt hilft auch, das Altersbild zu überdenken und sich nicht aus dem sozialen Leben zurückzuziehen (Schmitt 2004).

Die Förderung sozialer Aktivitäten älterer Menschen birgt gleichzeitig die Möglichkeit, ihre soziale Situation zu stabilisieren und soziale Aktivitäten sind unschwer von körperlichen Aktivitäten zu trennen. Eine Form der Intervention, die zunehmende Beachtung findet, ist die Förderung des sozialen Engagements, durch das Teilnehmer nicht nur sozial sondern zwangsläufig auch körperlich aktiv werden (Krampe et al. 2003). Beispielhaft für Ehrenämter älterer Menschen soll der Besuchsdienst in Krankenhäusern oder Einrichtungen der Altenhilfe erwähnt werden. Angebote dieser Art zielen jedoch auf eine Altersgruppe, die noch aktiv und mobil ist, und müssen an die Zielgruppe älterer Menschen und Menschen, die schlecht erreichbar sind, angepasst werden.

Auffällig ist, dass vor allem Angebote aus dem Bereich der Prävention verstärkt die psychische und soziale Situation älterer Menschen in den Vordergrund stellen¹⁵. Beispielhaft sei hier eine Intervention erwähnt, die sich an ältere Menschen richtete, die lernen sollten, wie sie mit ihrem behandelnden Arzt kommunizieren und gleichzeitig ihre körperliche Aktivität steigern können. Sie zeigten nach der Intervention eine Verbesserung in ihrer körperlichen Aktivität und Lebensqualität (Tidwell et al. 2004).

¹⁵ Hierzu wird auch die häusliche Beratung für ältere zuhause lebende selbständige Menschen (ex. von dem Knesebeck et al. 2006) gezählt sowie das Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Dapp et al. 2007). Diese Ansätze zielen auf den Erhalt und die Förderung einer selbständigen, aktiven und gesunden Lebensführung durch Beratung zu den Themen Bewegung, Ernährungsverhalten, Wohnsituation und soziale Kontakte. Mit den Teilnehmern werden Vereinbarungen getroffen, wie der körperliche Zustand (durch Engagement in Sportvereinen, regelmäßige Besuche von Fitness-Centern) verbessert bzw. erhalten oder die soziale Situation (durch Aktivitäten im Freundeskreis oder in der Nachbarschaft) positiv beeinflusst werden können (Dapp et al. 2007; von dem Knesebeck et al. 2006).

3.1.4 Zur Förderung der Resilienz

Resilienz wird als positive Reaktion auf Risiken und Belastungen verstanden, die in der Biografie jedes einzelnen auftauchen können. Die Kraft, sich gegen Widrigkeiten, wie sie mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität zwangsläufig einhergehen, zu behaupten, wird auch als positiver Pol gegenüber der Vulnerabilität (negativer Pol) bezeichnet (Müller/Petzold 2003; Rutter 1990; Schmitt 2004). Resilienzförderung verfolgt dabei nicht das Ziel der Vermeidung von Belastungen (dies ist, betrachtet man die Situation der Nutzer stationärer Einrichtungen, auch nicht ohne weiteres möglich), sondern es geht vor allem um das Vermitteln von Kompetenzen und Fertigkeiten. Die Nutzer sollen befähigt werden bzw. Unterstützung darin erhalten, die vulnerablen Situationen ohne weitere Einbußen zu meistern. Leppert und Kollegen (Leppert et al. 2005) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass die untersuchten Personen (599 über 60jährige Personen) bei einem höheren Ausmaß von Resilienz subjektiv weniger Körperbeschwerden wahrnahmen. Sie fanden weiterhin heraus, dass die Resilienz ebenso wie das Alter oder das Geschlecht das körperliche Wohlbefinden der Teilnehmer enorm beeinflusste.

3.2 Gesundheitsverhalten in der stationären Langzeitversorgung

Die soziale und gesundheitliche Situation der Nutzer der stationären Altenhilfe wurde in Kapitel 2.2 bereits ausführlich beschrieben. Bei einem Großteil der Nutzer ist davon auszugehen, dass sie nicht mehr über das Bewegungs- und Aktivitätspotenzial der jungen Alten verfügen, über deren Gesundheitsverhalten in den vorherigen Kapiteln berichtet wurde. Dennoch fehlen zur Beurteilung dessen valide Daten, auch zu sportlichen/körperlichen Aktivitäten der Nutzer der stationären Langzeitversorgung. Aufgrund des fragilen Gesundheitszustandes und der Funktionseinbußen der Nutzer der Langzeitversorgung ist jedoch davon auszugehen, dass Immobilität im Heim überwiegt. Ein gravierendes Problem in der stationären Altenhilfe besteht gerade mit Blick auf Bewegung darin, dass viele der Nutzer (und auch Pflegekräfte) Immobilität als normal ansehen und sich in „ihr Schicksal“ ergeben (Abt-Zegelin/Reuther 2009). Möglicherweise erklärt dies auch, warum 40% der Nutzer nicht allein laufen können.

Hinzu kommt die soziale Situation der Nutzer, die ihre Vulnerabilität verstärkt. Mit dem Heimübergang erfahren auch diese gewohnten sozialen Kontakte eine Zäsur, zudem müssen sie sich an neue, weitestgehend fremdbestimmte Gegebenheiten anpassen. So haben Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung meist restriktiven Einfluss auf die gewohnten Alltagsaktivitäten und die Beziehungsgestaltung – auch bei noch aktiven und gesunden Nutzern, wie eine Studie von Andersson und Kollegen (2007) eindrucksvoll zeigt. In ihr fielen die körperlich und geistig fitten Älteren besonders auf. Sie besuchten sich nicht gegenseitig in der Einrichtung und führten auch keine gemeinsamen Unternehmungen durch, obwohl sich viele von ihnen nach sozialen Kontakten sehnten. Sie beteiligten sich zwar aktiv an der Planung gemeinsamer Aktivitäten, blieben dann aber den eigentlichen Aktivitäten fern. Als Ursache nannten die Befragten

die körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen der anderen Nutzer (Andersson et al. 2007).

Bergland und Kirkevold (2007) fanden ähnlich interessante Ergebnisse. Die regelmäßig an Aktivitäten teilnehmenden Nutzer einer Einrichtung bauten zu den anderen Nutzern zumeist keine Beziehungen auf und besuchten sie nicht, obwohl sie dazu körperlich und geistig in der Lage gewesen wären. Die einzigen Personen, die in der Lage waren, die älteren Nutzer zur Kommunikation anzuregen, waren Familienangehörige, die zu Besuch kamen. Sobald sie die Einrichtung verließen, sprachen die Nutzer kein Wort mehr untereinander (Bergland/Kirkevold 2007).

Viele Nutzer der stationären Langzeitversorgung bekommen zu wenig Bewegung, verbringen auch am Tage zu viel Zeit im Bett und schlafen in der Nacht zu wenig (Simpson et al. 2006). Auch das liegt in der Regel nicht in ihrer Verantwortung, sondern wird durch die Bedingungen in den Einrichtungen bestimmt. Anders ist es bei Demenzerkrankten, die sich krankheitsbedingt – wenn sie unter motorischer Unruhe leiden, zu viel bewegen („wandering syndrome“) und darüber vergessen, Nahrung aufzunehmen (DNQP 2009).

Alles in Allem scheint es so, als ob das Gesundheitsverhalten der Nutzer in der stationären Langzeitversorgung deutlich stärker von den institutionellen Verhältnissen abhängig ist, als bei alten Menschen, die noch zu Hause leben. Hinzu kommt, dass die Nutzer der Langzeitversorgung in der Regel unter chronischen Krankheiten, Funktionseinbußen und oft auch Pflegebedürftigkeit leiden. Erkenntnisse zum Gesundheitsverhalten von jungen Alten können daher nicht automatisch auf die Nutzer von Langzeitversorgung übertragen werden. So liegt beispielsweise nur begrenzte Evidenz dafür vor, dass körperliche Aktivität auch bei demenziell Erkrankten einen positiven Einfluss auf die Wahrnehmung, depressives Verhalten oder Sterblichkeit hat (Forbes et al. 2008).

Andere Autoren betonen hingegen in der letzten Zeit vermehrt den positiven Effekt von körperlichem Training auf physische, verhaltensbezogene, funktionale und kognitive Outcome-Parameter (Heyn et al. 2004). Gleichwohl ist die Befundlage noch nicht ganz eindeutig und dies zeigt, dass auch auf diesem Gebiet mehr Forschung benötigt wird – einer Forschung allerdings, so ist der Wichtigkeit halber zu unterstreichen, die die Nutzer von Langzeitversorgung und Hochaltrige einbezieht.

3.3 Praxisprojekte und Interventionen

In der Vergangenheit wurden zunehmend auch Projekte für pflegebedürftige, mobilitätseingeschränkte und demenzerkrankte Nutzer der Langzeitversorgung entwickelt. Hier wird viel erprobt. Die meisten Projekte richten sich jedoch an Personen, die noch über ausreichend kognitive und körperliche Fähigkeiten verfügen, an den Angeboten selbständig teilnehmen zu können. Obschon sich hier also langsam Bewegung abzuzeichnen beginnt, liegen für die Nutzer der stationären Langzeitversorgung bisher nur wenige evaluierte gesundheitsförderliche oder präventive Interventionen vor. Einige Beispiele evaluiertener Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Bereichen Bewegung und Ernährungsverhalten existieren dennoch.

Sie wurden ursprünglich für Personen mit einem besseren Gesundheitszustand entwickelt und nach erfolgreicher Implementation auf Personen mit erheblichen Beeinträchtigungen erweitert. Betrachten wir diese nachfolgend.

Beispiele zum körperlichen Training

Mit SimA-P Training (Selbständigkeit im Altenpflegeheim) (Oswald et al. 2006)¹⁶ und „Fit für 100“ (MAGS 2007) wurden zwei Praxisprojekte initiiert, die hochaltrige Menschen auch in Einrichtungen der Langzeitversorgung in den Mittelpunkt stellen. Oswald et al. (2006) fokussierten mit SimA-50+ (Ackermann/Oswald 2008) ursprünglich auf nicht pflegebedürftige, sondern selbständig lebende Erwachsene, modifizierten das Konzept aber, um es auch bei demenzerkrankten Nutzern stationärer Einrichtungen der Altenhilfe einzusetzen.

„Fit für 100 – Bewegungsangebote für Hochaltrige“ (MAGS 2007) wurde speziell für die Gruppe Hochaltriger, auch pflegebedürftiger Menschen im vierten Lebensalter initiiert. Das Bewegungsförderungsprogramm zielt auf die Stärkung der Muskelkraft durch Krafttraining. Das Ziel der meist an zwei Terminen á 60 min in der Woche stattfindenden Bewegungsstunden ist die kontinuierliche Verbesserung der Alltagskompetenzen, indem die Teilnehmer Aktivitäten wie Aufstehen, Gehen, Treppen steigen oder Körperpflege selbst ausführen können. Mit dem gezielten Training verschiedener Muskelgruppen wird auch ein Beitrag zur Sturzprävention geleistet. Das Bewegungsangebot hilft vor allem hochaltrigen und an Demenz erkrankten Menschen, möglichst lange selbständig zu leben. Das Kraftniveau lässt sich durch die Übungen erheblich steigern. Damit steigen auch Lebensqualität und -zufriedenheit (MAGS o.J.).

Diesen Projekten ist gemeinsam, dass sie die Beweglichkeit und Fähigkeit, mobil und aktiv zu sein, älterer Menschen erhöhen und festigen. Denn Mobilität hat für die meisten alten und hochaltrigen Menschen einen hohen Stellenwert. Dabei bekommt das Thema „Sturz“ zunehmende Aufmerksamkeit, auch aus gesellschaftlicher Sicht.

Sturzprävention/Sturzprophylaxe

International und national hat das Thema Sturzprävention/Sturzprophylaxe¹⁷ in den vergangenen Jahren große Aufmerksamkeit erhalten, denn die Sturzgefährdung älterer Menschen wird bereits ab dem

¹⁶ Eine Kombination aus psychomotorischem und kognitivem Training. Die einjährige Intervention mit einfachen Übungen konnte die körperliche Leistungsfähigkeit verbessern, die Gleichgewichtsfähigkeit blieb erhalten, Stürze reduzierten sich. Die kognitive Aktivierung brachte Verbesserungen im Alltagsverhalten und zeigte in der Folge Verbesserungen in der Mobilität, beim Essen und Ankleiden. Erhöhte Aktivität und Wachheit wurden auch vom Personal als positiv wahrgenommen, das Stationsmilieu veränderte sich positiv (Oswald et al. 2006).

¹⁷ Inhaltliche Unterschiede zwischen Sturzprophylaxe und Sturzprävention sind nicht zu erkennen.

60. Lebensjahr als hoch und zunehmend eingestuft. Gleichzeitig ist bekannt, welche enormen Folgen Stürze für den einzelnen und die Gesellschaft haben können (DNQP 2006).

Vor allem Nutzerinnen von stationären Einrichtungen der Altenhilfe tragen ein höheres Risiko, sich durch Stürze die Hüfte bzw. den Oberschenkelhals zu brechen als Frauen derselben Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung (AOK 2009). Die Ursachen sind auf unterschiedliche Faktoren zurück zu führen: Einschränkung der Sinnesorgane, Beeinträchtigung der Beweglichkeit, Stolperfallen und Medikamenteneinnahme, Ortswechsel (z. B. Umzug in ein Pflegeheim), aber auch die Angst vor Stürzen. Getestete Interventionsprogramme umfassen daher eine Umfeld- bzw. Wohnraumanpassung, die Überprüfung und Anpassung der Medikation, Information über Sturzrisiken, Anpassung von Hilfsmitteln wie das Tragen von Hüftprotektoren, Förderung der Beweglichkeit durch Kraft- und Balanceübungen und die Überprüfung der Sinnesorgane, hier vor allem der Sehfähigkeit. Es ist bewiesen, dass Stürze mittels kombinierter oder einfacher Interventionen vermieden bzw. die Gefahr zu stürzen reduziert werden kann¹⁸.

Von den empfohlenen Interventionen zur Vermeidung bzw. Reduzierung von Stürzen wird dem Kraft- und Balancetraining, sensomotorischen Übungen und dem Tragen von Hüftprotektoren eine hohe Evidenzrate zugewiesen (im Überblick siehe DNQP 2006).

Daher werden diese Maßnahmen häufig schon für die jungen Alten empfohlen. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass das Thema in Deutschland eine starke Verbreitung gefunden hat. In Praxisprojekten – stellvertretend für die zahlreichen Projekte wird hier „Sicher, mobil und aktiv im Alter im Rhein-Kreis Neuss“ erwähnt – sollen Sturzgefahren¹⁹ frühzeitig, möglichst schon bei älteren aber noch zuhause lebenden Menschen, erkannt und präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Sturzrisiken empfohlen werden. Die meisten Praxisprojekte beziehen sich auf die Empfehlungen des Expertenstandards (DNQP 2006) und den Erkenntnissen eines Modellprojekts zur Sturzprävention im Geriatrischen Zentrum Ulm/Alb-Donau²⁰.

¹⁸ Ausführliche Hinweise hierzu werden im Nationalen Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ gegeben (DNQP 2006).

¹⁹ Beim sogenannten „Geh- und Zähltest“ werden ältere Menschen aufgefordert, eine Gehstrecke (4m) so schnell wie möglich zu gehen. Dabei wird die Zeit gemessen. Anschließend müssen sie die Strecke noch einmal so schnell gehen und während des Gehens von 100 an rückwärts in Dreierschritten zählen. Auch hier wird die Zeit gemessen. Das Testergebnis gibt Auskunft über die Sturzgefährdung: Je mehr sich der Patient beim Zählen verlangsamt, desto höher ist die individuelle Sturzgefährdung. Beim „Timed Up and Go-Test“ wird der Patient aufgefordert, von einem Stuhl aufzustehen, drei Meter zu gehen, sich umzudrehen, zum Stuhl zurückzugehen und sich zu setzen. Die Zeit wird dabei gemessen, mehr als 20 Sekunden bedeuten eine erhöhte Sturzgefährdung (Arztammer Nordrhein 2006).

²⁰ Die Erkenntnisse flossen u. a. in die Erstellung des Expertenstandards (DNQP 2006) ein.

Zusätzlich ist zu beobachten, dass dem Phänomen „Angst vor Stürzen“ zunehmend mehr Aufmerksamkeit zuteil wird. Im Fokus von Studien, die sich thematisch damit auseinandersetzen, stehen ältere Menschen mit Sturzbiografien, die aus Angst vor weiteren Stürzen ihre Bewegung erheblich reduzieren. In der Folge leiden sie unter Bewegungsmangel und daraus entstehenden Funktionseinschränkungen, die das Risiko zu stürzen enorm erhöhen²¹ (Delbaere 2004, 2006). Die Erkenntnisse dieser Untersuchung wie auch die Anzahl von empfohlenen Interventionen hinsichtlich einer Sturzprävention zeigen, dass zum einen verschiedene Interventionen für unterschiedliche Personen benötigt werden und zum anderen keine Evidenzen darüber vorliegen, welche Interventionen tatsächlich erfolgreich sind. Der Erfolg ist sowohl vom biografischen Hintergrund einer Person und ihrer individuellen Sturzgeschichte abhängig.

Zur Vermeidung von Mangel- und Unterernährung

Ein wichtiger Schritt zur Vermeidung von Mangel- und Unterernährung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland wurde durch den Nationalen Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP 2009) geleistet. Mit ihm wurde das Thema öffentlich so diskutiert, dass weitere Empfehlungen für die Praxis folgten²². Die vor allem überwiegend demenziell erkrankten Nutzer von stationären Einrichtungen der Altenhilfe benötigen spezielle auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Nahrungsangebote. Die Empfehlungen sind zumeist einfach und dennoch effektiv: Essenszeiten den individuellen Gewohnheiten anpassen, geeignete Orte zur Nahrungsaufnahme wählen (z. B. klassische Speisezimmer vs. Fingerfood für „wandernde“ Demenzerkrankte an Esstationen) und Sitzordnungen an den Tischen einhalten (z. B. sitzt der Mann am Kopfende des Tisches und verteilt die Speisen aus Schüsseln) (DNQP 2009).

²¹ In einer Studie zur Angst vorm Fallen/Stürzen und dem „risk-taking behaviour“ bei älteren Menschen wurden vier Gruppen gebildet, bei denen vor allem zwei Gruppen auffielen: die eine Gruppe hatte keine Angst, während die zweite Angst vorm Stürzen zeigte. Doch in beiden Gruppen wurde gleich oft gestürzt. Unterschiede wurden in den Persönlichkeitsstrukturen erkannt. Während die einen stürzten und ihr Leben normal weiter lebten, entwickelten die anderen Ängste und bewegten sich steifer, so dass sie deshalb wiederum stürzten. Die Schlussfolgerung der Forscher: gegen die Angst kann man nichts tun, aber psychologische Begleitung (bei den ängstlichen Personen) und Balanceübungen bei den anderen helfen, Stürze zu minimieren. Menschen, die Angst vorm Stürzen haben und sehr oft hinfallen, benötigen hingegen eine Kombination aus beiden Interventionen.

²² Die Versorgung von Senioren oder älteren Menschen in stationären Einrichtungen wurde in der ErnSTES-Studie (Ernährung in stationären Einrichtungen für Senioren und Seniorinnen) erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der Nutzer von einer Mangelernährung betroffen oder gefährdet sind. Es wurden Qualitätsstandards im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz erarbeitet (<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=958>).

Als erfolgreich eingeführtes Praxisbeispiel kann die Paderborner Trainingsstudie „PATRAS“ (Paderborner Trainingsprogramm für Senioren) erwähnt werden. Das Muskelkräftigungsprogramm wurde für Senioren, die im Durchschnitt 85 Jahre alt waren und in Altenheimen bzw. Wohnprojekten lebten, entwickelt. Ihre Alltagsmobilität konnte verbessert und Stoffwechselprozesse aktiviert werden, so dass die alten und hochaltrigen Menschen aufgrund der gezielten Aktivitätssteigerung mehr Appetit entwickelten und mehr aßen (Möllenhoff 2005).

Zur Vermeidung von Beeinträchtigungen durch die psychische und soziale Situation

Die wenigen vorliegenden Praxisprojekte, vornehmlich aus dem häuslichen Bereich, zeigen, dass intakte soziale Beziehungen und gut funktionierende Netzwerke eine wichtige unterstützende Komponente darstellen. Sie wirken sich generell positiv auf den Gesundheitszustand älterer Menschen aus. Darüber hinaus haben sie in Krisensituationen die Funktion eines „Puffers“ und das Potenzial, die betroffenen Personen aufzufangen (Michael et al. 1999). Es ist hieraus ableitbar, dass sich ältere Menschen Aktivitäten/Aufgaben suchen sollten, die sie nicht nur allein sondern in Gemeinschaft mit anderen Menschen durchführen. Wie anhand der Praxisprojekte zu erkennen ist, scheint eine Herausforderung darin zu bestehen, dass vor allem die Menschen, die schon ein aktives Leben führen, Freizeitangebote annehmen und diejenigen, die bereits über Einsamkeit klagen, nicht erreicht werden (Wiesmann et al. 2006).

Die Angebote zeigen positive Effekte auf die Beweglichkeit der Teilnehmer, auf das Wohlbefinden, die Informiertheit und Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Sie werden in der Literatur jedoch bislang nicht selbstverständlich mit der Zielgruppe „Nutzer der stationären Altenhilfe“ in Zusammenhang gebracht. Doch beinhalten die Konzepte wertvolle Hinweise darauf, wie es gelingen kann, dass betroffene Personen ihr Verhalten nachhaltig ändern und sie darüber hinaus Kompetenzen erlangen, um trotz körperlicher und geistiger Einbußen ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben führen zu können mit dem Ergebnis, ihr Wohlbefinden nachhaltig positiv zu beeinflussen und zu steigern. Die Fähigkeit, die eigene soziale Lebenswelt aktiv gestalten und kontrollieren zu können, wird als eine erhebliche Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden angesehen (Walter et al. 2008).

Die Resilienzforschung weist zudem darauf hin, dass eine erfolgreiche Resilienzförderung nicht ohne die folgenden Faktoren erzielt werden kann: Familie, Freunde, Persönlichkeitsmerkmale, gesellschaftliche und politische Verhältnisse usw. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Förderung dieser protektiven Aspekte dem Nutzer der Langzeitversorgung zugute kommt. Dabei geht es vor allem darum, den betroffenen Personen zu vermitteln, diese Ressourcen zu entdecken, ihre Potenziale zu erkennen und dann die Probleme zu lösen (Müller/Petzold 2003). Von einer anderen Seite betrachtet stellt sich die Frage, gerade auf das Klientel der Langzeitversorgung bezogen, welche Rolle die Umgebung, das Wohnumfeld einer stationären Einrichtung der Langzeitversorgung spielt. Wie bereits erwähnt, sind die Strukturen der Einrichtungen nur in geringem Maße geeignet, ein aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter zu för-

dern (Kayser-Jones 2009). Sie fördern eher eine vulnerable Umgebung, die zwangsläufig Barrieren und Einbußen sozialer Ressourcen mit sich bringt (Müller/Petzold 2003).

Die in der Literatur beschriebenen Ansätze der Resilienzförderung reichen von Biografiearbeit über Gedächtnistraining, autonomiefördernde Maßnahmen, kreativitätsfördernde Maßnahmen bis hin zur körperlichen Bewegung. Denn auch im Zusammenhang mit der Resilienzforschung wurde erkannt, dass regelmäßiger körperlicher Bewegung eine Schlüsselrolle zuteil wird.

Zu Angeboten/Projekten in stationären Einrichtungen der Altenhilfe

Bislang wurden nur wenige Projekte initiiert, die von den spezifischen Problemlagen der Nutzer und ihren Gesundheitseinschränkungen ausgehen. Allerdings zeigt die Suche nach Praxisprojekten ein relativ breites Spektrum an Maßnahmen, die im weitesten Sinne etwas mit Gesundheitserhaltung zu tun haben, aber nicht unbedingt als gezielte Gesundheitsförderung zu bezeichnen sind. Grundsätzlich werden die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention – und auch Prophylaxe – fast synonym verwendet. Eine Differenzierung der Praxisprojekte für die Bereiche „Gesundheitsförderung“, „Prävention“ und „andere“, wie sie hier angedacht war, ist somit gar nicht möglich. Sie würde zudem nicht die Situation in der Praxis widerspiegeln.

Insgesamt haben die Angebote in der Langzeitversorgung meist das Ziel, die sozialen, körperlichen und kognitiven Aktivitäten der Nutzer zu fördern. Träger und Einrichtungen der Langzeitversorgung stellen in ihren Selbstdarstellungen, z.B. im Internet oder auf Flyern, unter den Begriffen „therapeutisch aktivierende Angebote“ bzw. Therapieangebote“, „Angebote zur Ressourcenstärkung und Reaktivierung“, „Angebote für Kultur und Freizeit“ und „Angebote zur physischen Reaktivierung“ die Aktivitäten in ihren Einrichtungen vor²³. Dazu gehören im Einzelnen:

- *Therapieangebote bzw. therapeutisch/aktivierende Angebote:* Dazu zählen Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Massage, Podologie. Diese Angebote werden vornehmlich von ausgebildeten Therapeuten angeboten und sind in den meisten Fällen abhängig von einer ärztlichen Verordnung.
- *Angebote zur Ressourcenstärkung und Reaktivierung:* Darunter werden Angebote wie Gedächtnistraining, Milieugestaltung, Gesprächskreise, Kreativkurse, Handwerkliche Gruppen, Spiele- und Zeitungsgruppen, Kochgruppen verstanden. Diese Angebote sind in der Regel für alle Nutzer einer Einrichtung offen und werden als Gruppen- in einigen Fällen auch als Einzelangebote durchgeführt.
- *Kultur und Freizeitangebote:* Dazu zählen gemeinsame Veranstaltungen, Ausflüge, Projektgruppen und vieles andere mehr, in der neben den sozialen Aktivitäten auch gesellschaftliche stehen.

²³ Diese Bezeichnungen wurden bei einer Internetrecherche in Selbstdarstellungen von Einrichtungen gefunden. Exemplarisch Ev. Johanneswerk e.V.

- *Angebote zur physischen Reaktivierung*: Bewegungsgruppen, Gymnastikgruppen, Sitztanzgruppen, Seniorentanz, Spaziergänge, Muskeltraining und Balancetraining werden den Nutzern zur Stabilisierung und Verbesserung ihrer physischen Leistungsfähigkeit angeboten.

Seit geraumer Zeit erfährt in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung die speziell für ältere Menschen entwickelte Version der Wii® Konsole²⁴ einen hohen Zuspruch (o.A. 2010).

Über die hier beschriebenen Angebote hinaus ist zu erkennen, dass sich Einrichtungen bei der Auswahl ihrer Angebote darum bemühen, soziale und körperliche Aktivitäten miteinander zu kombinieren.

In der internationalen Literatur wird unter dem Begriff „Health Promotion“ ebenfalls eine breite Palette von Angeboten zusammengefasst, z.B.

- Angebote zur Bewegung, körperlichen Fitness, spezielle Angebote bei Arthritis, Angebote aus dem Bereich „wellness and life-style“ (Brannon et al. 1992),
- Angebote zur Ernährung, Mundgesundheit, zum Gewichts- und Medikamentenmanagement, Tabak-/ Raucherentwöhnung, Alkohol- und Drogenentwöhnung (Brannon et al. 1992; Weitzman et al. 2002),
- Stressmanagement, Problemlösung und Beratung in familiären Angelegenheiten, dem Umgang mit Verlust und Trauer sowie bei der Finanzierung (Brannon et al. 1992)
- „Screening and Monitoring“: Kontrolle von medizinischen Parametern bei Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen (Blutdruck), Beeinträchtigungen der Sinnesorgane (Glaukom, Sprechen/hören) sowie zur Harn- und Stuhlkontinenzförderung (Brannon et al. 1992; Weitzman et al. 2002) und
- „Sicherheit und Unfallvorsorge“: Sturzprävention, Sicherheit, Erste Hilfe/Notfallhilfe (Brannon et al. 1992).

Zusammenfassend finden sich unter dem Begriff Gesundheitsförderung viele Interventionen, die eigentlich eher präventiven oder therapeutischen Charakter haben und umgekehrt werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung unter einem anderen Begriff subsumiert. Nun sind Begriffe nicht das Problem der Praxis. Dennoch versinnbildlicht die ungenaue Bezeichnung von Angeboten und Interventionen die noch wenig systematische und eher tastende bzw. testende Entwicklung in diesem Bereich und zeigt auch den noch rudimentären Stand der Diskussion. So lassen sich z. B. in der Darstellung der Angebote und Maßnahmen keine Hinweise dafür finden, über welche Qualifikation die Anbieter von Gesundheitsförderungsangeboten verfügen müssen, auch nicht darüber, wer an den Angeboten teilnehmen kann und wer nicht. Dies scheint von individuellen Reglements in den Einrichtungen abhängig zu sein.

²⁴ siehe hierzu <http://jetzt.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/486230>

Zudem liegen im deutschsprachigen Raum bisher kaum Evaluationen der Angebote vor. So wurden nur in einer Publikation die Angebote österreichischer Pflegeeinrichtungen bewertet. Dabei wurde gezeigt, dass die Angebote oft nur einen Bruchteil der Nutzer erreichen. Die Ursache dafür wird in der inhaltlichen Ausrichtung der Angebote gesehen, die zu wenig an die Bedürfnisse der Nutzer angepasst ist. Zudem werden die Angebote überwiegend von ungeschultem (z. T. ehrenamtlichem) Personal durchgeführt, weil geschultes Personal nicht finanzierbar bzw. nicht vorhanden ist. Das ungeschulte Personal ist mit den Aufgaben jedoch häufig überfordert (Jenull-Schiefer/Janig 2004)²⁵.

²⁵ Jenull-Schiefer/Janig untersuchten 11 Einrichtungen in Österreich. Die Autoren verweisen darauf, dass die größte Problematik der Nutzer, Einsamkeit und Depression, in Gruppen keine Berücksichtigung finden kann und daher in Einzelaktivitäten resultieren muss. Doch obwohl diese Angebote in den Einrichtungen zur Verfügung standen, wurden sie von den Nutzern kaum angenommen.

4. Fazit: Zukünftige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

Die referierten Forschungsbefunde zeigen, dass Gesundheitsförderung und Prävention *in allen Phasen des Alters, so auch im hohen Alter* sinnvoll sind und positive Effekte mit sich bringen. Sie deuten auch an – so das zentrale Ergebnis der Literaturrecherche –, dass die für andere Altersgruppen empfohlene Trias von a) Bewegungsförderung, b) gesunder Ernährung und c) Bewältigungs- bzw. Ressourcenstärkung auch für die Nutzer der stationären Langzeitversorgung gilt (vgl. Schaeffer/Büscher 2009). Mit anderen Worten: auch sie dürften von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in den genannten Bereichen profitieren. Allerdings ist der speziellen gesundheitlichen Situation dieser Zielgruppe besondere Beachtung zu schenken. Sie ist – wie betont wurde – in hohem Maß durch *Vulnerabilität* gekennzeichnet. Denn die meist hochaltrigen Nutzer der Langzeitversorgung befinden sich fast alle in einem fragilen Gesundheitszustand und einer labilen gesundheitlichen und sozialen Ressourcensituation: leiden – wie zuvor dargelegt – unter degenerativen Funktionseinschränkungen, chronischen Krankheiten, kognitiven Einbußen und Pflegebedürftigkeit und oft auch unter sozialer Isolation und sich mit zunehmendem Alter immer weiter ausdünnenden Beziehungen.

Für die Konzipierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erwachsen daraus Konsequenzen: sie können – anders als in anderen Lebensphasen – nicht prioritär darauf zielen, das Risiko von Gesundheitseinbußen und Krankheit zu vermeiden. Intention muss vielmehr sein, a) die Ausweitung und Verschlimmerung bereits vorhandener gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu verhindern bzw. zu verzögern und außerdem b) die trotz gesundheitlicher Einbußen verbliebene „bedingte Gesundheit“ (von Ferber 1993) und die noch vorhandenen gesundheitlichen und sozialen Ressourcen und Autonomiepotenziale zu stärken. Um der Vulnerabilität und Schutzbedürftigkeit der Nutzer der Langzeitversorgung gerecht zu werden, sollten entsprechende Maßnahmen daher *protektiver Art* sein. Ebenso ist wichtig, dass sie *fördernden, aber nicht fordernden Charakter aufweisen*, also Überforderung und Überstrapazierung strikt zu vermeiden versuchen und dass sie den besonderen Bedingungen der stationären Langzeitversorgung, die wir an anderer Stelle ausführlich dargelegt haben (Schaeffer et al. 2008a; Schaeffer et al. 2008b; Wingenfeld 2008) Rechnung tragen.

Bislang liegen kaum tragfähige Konzepte zur Gesundheitsförderung für die hier im Mittelpunkt stehende Zielgruppe vor. Denn die bestehenden Konzepte – mehrheitlich konzentriert auf die Bereiche Bewegung und Ernährung – zielen hauptsächlich auf die „jungen Alten“ und haben die im Zuge der Ausdifferenzierung des Alters an Bedeutung gewinnenden sogenannten „alten Alten“ und „ältesten Alten“ noch nicht im Blick und noch mehr gilt das für die oft pflegebedürftigen und/oder demenziell erkrankten Nutzer der stationären Langzeitversorgung, die bisher selten als Zielgruppe anvisiert wurden. Doch auch wenn sie anvisiert wurden, so galt das Interesse auch hier vornehmlich den noch relativ gesunden Klienten. So können beispielsweise an den zuvor erwähnten Programmen zur Bewegungsförderung SimA-P und „Fit für 100“ nur Nutzer teilnehmen, die

sich noch bewegen können. Bereits immobile, bettlägerige Nutzer der Langzeitversorgung können von diesen Angeboten nicht profitieren.

Dies deutet nochmals auf die im Bereich der Gesundheitsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung bestehende *konzeptionelle Lücke*, die dringend der Schließung bedarf. Dabei ist allerdings – wie die zurückliegenden Ausführungen ebenfalls gezeigt haben – *konzeptionelles Neuland* zu betreten. Dabei kann in den Bereichen „Bewegung“ und „Ernährung“ zwar an bereits bestehende und erfolgreich erprobte Gesundheitsförderungskonzepte für Ältere angeknüpft werden. Sie müssen jedoch auf ihre Tragfähigkeit für die hier im Mittelpunkt stehenden hochaltrigen und gesundheitlich labilen Nutzer der Langzeitversorgung geprüft, entsprechend modifiziert, angepasst und anschließend erprobt und evaluiert werden.

Zugleich dürfte zudem erforderlich sein, *neue Konzepte* zu entwickeln – solche, die von vornherein auf die Besonderheiten der hier anvisierten Zielgruppe und des settings „stationäre Langzeitversorgung“ zugeschnitten sind. Um die Bedeutung des zuletzt genannten Aspekts noch einmal zu unterstreichen, sei erwähnt, dass speziell in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe die Immobilität der Nutzer oft als „normal“ angesehen wird und ein gezieltes Mobilitätstraining zu wenig in den Pflegealltag integriert wird. Denn für die Bewegungsförderung sind meist Physiotherapeuten verantwortlich, die jedoch nur dann tätig werden können, wenn der Hausarzt eine entsprechende Behandlung verordnet hat. Mobilitäts- und Bewegungstraining oder Fördermaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Bewegungsfähigkeit und Fitness sind bislang nicht fester Bestandteil des Geschehens in den Einrichtungen und hätten – nebenbei bemerkt – auch räumliche Konsequenzen, denn auch die Architektur und die räumliche Gestaltung der Einrichtungen fördert vielerorts eher Immobilität als Mobilität. Hier ist zweifelsohne ein Umdenken erforderlich und das gilt auch für die pflegerische Versorgung. Auch in ihr können Anreize zur Bewegungsförderung gesetzt und durch individualisierte Strategien umgesetzt werden.

Doch reicht all dies noch nicht aus. Grundsätzlich bestehen Diskrepanzen zwischen dem Verständnis der dort tätigen Mitarbeiter, wie die Bewegung und Mobilität der Nutzer gefördert werden kann und dem, was Bewegung und Mobilität für den Gesundheitszustand des Nutzers bedeuten. Beispielsweise werden Nutzer in vielen Einrichtungen mobilisiert, indem sie in den Rollstuhl gesetzt werden. Aber das „Sitzen im Rollstuhl“ allein führt nicht automatisch dazu, dass die Sitzenden aktiv am Leben teilnehmen können (Abt-Zegelin/Reuther 2009). Dieses Beispiel deutet an, dass die Einführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Nutzer immer auch Konsequenzen für die dort tätigen Mitarbeiter hat. Damit diese gesundheitsförderliche Maßnahmen konstruktiv aufgreifen und unterstützen können, bedarf es umfänglicher Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen, sonst besteht die Gefahr von Implementationsproblemen.

Eine *weitere künftige Herausforderung* besteht darin, Konzepte zur *Ressourcenstärkung und Resilienzförderung* für die Nutzer der Langzeitversorgung zu entwickeln – eine Aufgabe, bei der ebenfalls Neuland zu betreten ist. Denn zur *Ressourcenstärkung und Resilienzförderung* liegen

im deutschsprachigen Raum bislang kaum Konzepte vor, erstreckt keine evidenzbasierten evaluierten gesundheitsförderlichen Konzepte. Beobachtbar ist allerdings, dass das Thema in der Literatur mehr und mehr diskutiert wird, wenngleich nicht immer unter Gesundheitsförderungsaspekten²⁶.

Anders stellt sich die Situation in der US-amerikanischen Diskussion dar. Dort werden Ressourcenstärkung und Resilienzförderung weitaus häufiger unter Gesundheitsförderungsaspekten erörtert. So wird das Pflegeheim etwa als eine Stätte der Langeweile, der Einsamkeit und der Bedeutungslosigkeit diskutiert (Sorrell 2008), die die Abhängigkeit und nicht die Autonomie der Nutzer fördert (Kayser-Jones 2009; vgl. auch Minkler 1984). Ziel von Gesundheitsförderung sollte aber die Aufrechterhaltung der verbliebenen Autonomie, des gesundheitlichen Wohlbefindens (*well being*) und der Lebensqualität sein – in diesem Fall trotz Pflegebedürftigkeit und anderer gesundheitlicher Einbußen.

Auch diesem Aspekt – der Förderung von Lebensqualität und gesundheitlichen Wohlbefindens – ist bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten künftig hohe Beachtung zu schenken, denn 100jährige mit einem objektiven Gesundheitsstatus von 25jährigen werden Utopie bleiben (vgl. Kuhlmeiy 2008). Wieweit Lebensqualität realisierbar ist, hängt allerdings keineswegs allein vom individuellen Verhalten, sondern auch von den Lebensverhältnissen in der Langzeitversorgung ab. Gesundheitsförderungs- oder Präventionsmaßnahmen, die allein auf Verhaltensänderung zielen, sind für die hier im Mittelpunkt stehende Zielgruppe kritisch zu hinterfragen. Vielmehr sind Maßnahmen, die auf das Setting einwirken, nicht minder wichtig. Denn auch das Umfeld, besonders die Mitarbeiter und die Organisation, müssen ebenfalls auf die mit Gesundheitsförderung und Prävention verbundenen Aufgaben vorbereitet werden. Um es konkret zu machen: Entsprechende vorbereitende Qualifizierungen der Mitarbeiter sind unabdingbare Voraussetzung damit sie unterstützend mitwirken und nicht hindernd tätig werden. Ähnlich ist es auf organisatorischer Ebene: wenn die organisatorischen Strukturen und Rahmenbedingungen nicht aufgabenkonform ausgerichtet und ggf. entsprechend modifiziert werden, dürfte Gesundheitsförderung und Prävention nur kurzfristig Erfolg beschieden sein. Gesundheitsförderung wird somit auch zu einer Aufgabe des Settings Langzeitversorgung, die mit einer Rei-

²⁶ Beispiele sind etwa die Bedeutung von Familienbesuchen für die Nutzer (Grabowski/Mitchell 2009); Probleme mit dem Nachtschlaf bei den Nutzern (Simpson et al. 2006) mangelnde Bewegung, Mangelernährung, Gewichtsverlust, Druckgeschwüre, funktionale Verschlechterungen und ein beschleunigter körperlicher sowie geistiger Abbau sowie erhöhte Gesundheitskrisen bei den Nutzern (Kayser-Jones 2009; McCabe et al. 2005; Shipman/Hooten 2007). Angesichts der steigenden medizinischen Bedarfe der Nutzer wird auch über Modelle einer fest verankerten medizinischen Versorgung in den Einrichtungen diskutiert (Heimärzte bzw. Ärzte speziell für Einrichtungen der LTC, die untereinander rotieren) (Reuben 2002). Darüber hinaus haben Weitzmann et al. (2002) auf die hohe Anzahl von Frauen in Pflegeeinrichtungen hingewiesen, bei denen ein spezieller Bedarf an mentalen Programmen besteht, weil viele von ihnen zwischenmenschliche Probleme und Konflikte mit Zimmernachbarrinnen, der Familie und dem Personal erleben. Die Folgen davon können Depressionen und Bluthochdruck sein (Weitzman et al. 2002).

he an langfristigen Aufgaben sowie an neuen strukturellen und qualifikatorischen Herausforderungen einhergeht (Schaeffer/Büscher 2009).

Abschließend sei daran erinnert, dass die Konzipierung von effektiven und effizienten Programmen zur Gesundheitsförderung eine belastbare empirische Datenbasis zum Gesundheitsstatus der Nutzer der Langzeitversorgung und ihrer Ressourcensituation benötigt. Eine solche Datenbasis steht – wie anfänglich gezeigt wurde – bislang nicht zur Verfügung und dies ist u. a. Ursache dafür, weshalb die wenigen vorliegenden Maßnahmen noch stark tentativen und experimentellen Charakter haben. Eine solche Datenbasis zu schaffen ist daher unverzichtbare Voraussetzung, um wissenschaftlich gestützte evidenzbasierte Konzepte entwickeln zu können, die alsdann zu erproben und evaluieren sind. Darin, dies zu ermöglichen, liegt ebenfalls eine der wichtigen Herausforderungen der Zukunft.

5. Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A./Reuther, S. (2009): Warum werden Heimbewohner immobil? Pro Alter Nr. 1/09, 23-28
- Ackermann, A./Oswald, W.D. (2008): Selbständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit und Demenz verhindern. In: Oswald, W.D./Gatterer, G./Fleischmann, U.M. (Hg.): Gerontopsychologie. Zweite, aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Springer, 129-140
- Albright, C.L./Pruitt, L./Castro, C./Gonzalez, A./Woo, S./King, A.C. (2005): Modifying physical activity in a multiethnic sample of low-income women: one-year results from the IMPACT (Increasing Motivation for Physical ACTivity) project. *Annals of behavioral medicine* 30, Nr. 3, 191-200
- Andersson, I./Pettersson, E./Sidenvall, B. (2007): Daily life after moving into a care home-experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of clinical nursing* 16, Nr. 9, 1712-1718
- AOK (2009): *Gesundheit und Gesellschaft* 12, Nr. 6, 25-27
- Ärztammer Nordrhein (2006): *Gesund und mobil im Alter. Förderung von Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität – Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung.* Ärztkammer Nordrhein. Verfügbar unter: http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/sturzpraevention.pdf
- Becker, S./Zimmermann-Stenzel, M. (2009): Sind Bewegungsmuffel auch Sportmuffel? Sport, Übergewicht und körperliche Mobilität in der Gruppe der 50- bis 70-jährigen baden-württembergischen Bevölkerung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 1, 20-27
- Becker, S./Huy, C./Brinkhoff, K.P./Gomolinsky, U./Klein, T./Thiel, A./Zimmermann-Stenzel, M. (2007): "Ein aktives Leben leben" – Sport, Bewegung und Gesundheit im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Konzeption, Datenerhebung und erste Ergebnisse eines repräsentativen Basis-Survey für die 50- bis 70-jährige baden-württembergische Wohnbevölkerung. *Gesundheitswesen* 69, Nr. 7, 401-407
- Bergland, A./Kirkevold, M. (2007): The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of clinical nursing* 17, Nr. 10, 1295-1302
- Beske, F./Katalinic, A./Pteres, E./Pritzkeleit, R. (2009): *Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig Holstein.* 114. Aufl. Kiel: Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung
- Bickel, H. (2001): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Gesundheitswesen* 63, 9-14
- Bijnen, F.C./Feskens, E.J./Caspersen, C.J./Mosterd, W.L./Kromhout, D. (1998): Age, period, and cohort effects on physical activity among elderly men during 10 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. *The journals of gerontology. Series A* 53, Nr. 3, M235-241
- Borchelt, M./Gilberg, R./Horgas, A.L./Geiselman, B. (1999): Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: Mayer, K.U./Baltes, P.B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie.* Berlin: Akademie Verlag
- Boyle, G. (2008): Autonomy in long-term care: a need, a right or a luxury? *Disability & Society* 23, Nr. 4, 299-310
- Brannon, D./Taylor-Nicholson, M./Bucher, J./Mahoney, B.S. (1992): Survey of health promotion in Pennsylvania nursing homes. *Journal of Applied Gerontology* 11, Nr. 1, 38-49

- Büscher, A./Wingenfeld, K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern u.a.: Verlag Hans Huber, 107-119
- Byberg, L./Melhus, H./Gedeborg, R./Sundstrom, J./Ahlbom, A./Zethelius, B./Berglund, L.G./Wolk, A./Michaelsson, K. (2009): Total mortality after changes in leisure time physical activity in 50 year old men: 35 year follow-up of population based cohort. *British journal of sports medicine* 43, Nr. 7, 338-345
- Clark, D.O./Frankel, R.M./Morgan, D.L./Ricketts, G./Bair, M.J./Nyland, K.A./Callahan, C.M. (2008): The meaning and significance of self-management among socioeconomically vulnerable older adults. *The journals of gerontology. Series B* 63, Nr. 5, 312-319
- Cochrane, T./Davey, R./Munro, J./Nocholl, J. (1998): Exercise, Physical Function and Health Perceptions of Older People. *Physiotherapy* 84, Nr. 12, 598-602
- Colcombe, S./Kramer, A.F. (2003): Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological science: a journal of the American Psychological Society* 14, Nr. 2, 125-130
- Conn, V.S./Minor, M.A./Burks, K.J./Rantz, M.J./Pomeroy, S.H. (2003): Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, Nr. 8, 1159-1168
- Danhauer, S.C./Carlson, C.R./Andrykowski, M.A. (2005): Positive Psychosocial Functioning in Later Life: Use of Meaning-Based Coping Strategies by Nursing Home Residents. *Journal of Applied Gerontology* 24, Nr. 4, 299-318
- Dapp, U./Anders, J./Meier-Baumgartner, H.P./von Renteln-Kruse, W. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren – Angebote und Zielgruppen *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40, Nr. 4, 226-240
- Dapp, U./Lorentz, C./Laub, S./Anders, J./von Renteln-Kruse, W./Minder, C./Dirksen-Fischer, M. (2009): Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 3, 245-255
- Deary, I.J./Whalley, L.J./Batty, D./Starr, J.M. (2006): Physical fitness and lifetime cognitive change. *Neurology* 67, 1195-1200
- Delbaere, K. (2004): Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. *Age and Ageing* 33, Nr. 4, 368-373
- Delbaere, K. (2006): A risk model for the prediction of frequent falls. *Clinical Rehabilitation* 20, 83-90
- DeSalvo, K.B./Blaser, N./Reynolds, K./He, J./Muntner, P. (2006): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21, Nr. 3, 267-275
- Deutsche Ernährungsgesellschaft (2008): *Ernährungsbericht 2008 – Ernährungssituation in Deutschland*. Deutsche Ernährungsgesellschaft
- DNQP (Hg.) (2006): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: DNQP
- DNQP (Hg.) (2009): *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*. Sonderdruck. Osnabrück: DNQP
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen – BMFSFJ (o.J.): *Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick*. Ausgewählte Ergebnisse. *Gesundheit und*

Gesundheitsversorgung. BMFSFJ. Verfügbar unter: http://www.dza.de/nn_12036/SharedDocs/Publikationen/AS_2002_Presse_Gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/AS_2002_Presse_Gesundheit.pdf (09.03.2009)

- Evashwick, C.J. (2005): *The Continuum of Long-Term Care*. 3rd Edition. New York: Thomson Delmar Learning
- Fahrenwald, N.L./Atwood, J.R./Walker, S.N./Johnson, D.R./Berg, K. (2004): A randomized pilot test of "Moms on the Move": a physical activity intervention for WIC mothers. *Annals of behavioral medicine* 27, Nr. 2, 82-90
- Ferrucci, L. (2008): The Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA): A 50-Year-Long Journey and Plans for the Future. *Journal of Gerontology: Medical Science* 63A, Nr. 12, 1416-1419
- FES (2009): *Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Eigenverlag
- Forbes, D./Forbes, S./Morgan, D.G./Markle-Reid, M./Wood, J./Culum, I. (2008): Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane database of systematic reviews* (Online) Nr. 3, CD006489
- Forster, A./Lambley, R./Hardy, J./Young, J./Smith, J./Green, J./Burns, E. (2009): Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane database of systematic reviews* (Online) Nr. 1, CD004294
- Gillespie, L.D./Robertson, M.C./Gillespie, W.J./Lamb, S.E./Gates, S./Cumming, R.G./Rowe, B.H. (2009): Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database of systematic reviews* (Online) Nr. 2, CD007146
- Grabowski, D.C./Mitchell, S.L. (2009): Family oversight and the quality of nursing home care for residents with advanced dementia. *Medical Care Research and Review* 47, Nr. 5, 568-574
- Gunzelmann, T./Hessel, A./Geyer, M./Brahler, E. (1999): Formen der Krankheitsbewältigung bei älteren Menschen – differentielle Effekte von Kontrollerleben, subjektiver Morbidität, sozialer Unterstützung und soziodemographischen Variablen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, Nr. 4, 238-245
- Hauge, S./Heggen, K. (2007): Older People and Long-Term Care. The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of clinical nursing* 17, Nr. 4, 460-467
- Haveman-Nies, A./de Groot, L.C./van Staveren, W.A. (2003): Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Ageing* 32, Nr. 4, 427-434
- Heidrich, S.M. (1998): Health promotion in old age. *Annual review of nursing research* 16, 173-195
- Helmchen, H./Baltes, M.M./Geiselmann, B./Kanowski, S./Linden, M./Reischies, F.M./Wagner, M./Wilms, H.-U. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K.U./Baltes, P.B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 185-219
- Heyn, P./Abreu, B.C./Ottenbacher, K.J. (2004): The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 85, Nr. 10, 1694-1704
- Hirvensalo, M./Lampinen, P./Rantanen, T. (1998): Physical Exercise in Old Age: An Eight-Year Follow-up Study on Involvement, Motives, and Obstacles

- Among Persons Age 65-84. *Journal of Aging and Physical Activity* 6, Nr. 2, 157-168
- Homer, M.J. – National Institute on Aging National Institute of Health (2008): *Healthy Aging. Lessons from the Baltimore Longitudinal Study of Aging.*
- Huber, E./Spirig, R. (2004): Das Leben mit Schmerzen meistern – ältere Frauen als Expertinnen im Umgang mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates. *Pflege* 17, Nr. 5, 296-305
- Hughes, S.L./Seymour, R.B./Campbell, R.T./Whitelaw, N./Bazzarre, T. (2009): Best-practice physical activity programs for older adults: findings from the national impact study. *American Journal of Public Health* 99, Nr. 2, 362-368
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2004a): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.* Bern: Huber, 11-19
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2004b): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.* 1. Auflage. Aufl. Bern: Huber
- Jang, Y./Bergman, E./Schonfeld, L./Molinari, V. (2007): The mediating role of health perceptions in the relation between physical and mental health: a study of older residents in assisted living facilities. *Journal of Aging and Health* 19, Nr. 3, 439-452
- Jenull-Schiefer, B./Janig, H. (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, Nr. 5, 393-401
- Kayser-Jones, J. (2009): Nursing Homes. A Health-promoting or Dependency-promoting Environment? *Family & Community Health/ Supplement* 32, Nr. 1S, S66-S74
- Klook, B./König, D./Muser, K./Gollhofer, A./Berg, A. (2008): Gesundheitsförderung mit zuvor sportlich aktiven Frauen im Alter von 50-65 Jahren. erste Ergebnisse einer klinisch kontrollierten Untersuchung zu den gesundheitlichen Auswirkungen eines zielgruppenorientierten Krafttrainings. In: Knoll, M./Woll, A. (Hg.): *Sport und Gesundheit in der Lebensspanne. Jahrestagung der dvs-Kommission Gesundheit vom 10.-11. April 2008 in Bad Schönborn.* Hamburg: Czwalina Verlag
- Krampe, H./Hautzinger, M./Ehrenreich, H./Kröner-Herwig, B. (2003): Depressivität bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenwohnheimen. Untersuchung eines multifaktoriellen Depressionsmodells. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32, Nr. 2, 117-128
- Kuhlmey, A. (2008): Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit.* Bern u.a.: Verlag Hans Huber, 85-96
- Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hg.) (2008): *Alter, Gesundheit und Krankheit.* Bern u.a.: Verlag Hans Huber
- Lehr, U. - Quelle & Meyer (2003): *Psychologie des Alterns.* Wiebelsheim: Quelle & Meyer. Verfügbar unter:
- Leppert, K./Gunzelmann, T./Schumacher, J./Strauß, B./Brähler, E. (2005): Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychother Psych Med* 55, Nr. 8, 365-369
- Lobo, A./Santos, P./Carvalho, J./Mota, J. (2008): Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatr Gerontol Int* 8, 284-290

- MAGS (2007): Gesundheitsberichte Spezial. Band 4: Gesundheit und Alter – demografische Grundlagen und präventive Ansätze. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- MAGS (o.J.): „fit für 100“– Ein Bewegungsprogramm zur Förderung der Mobilität und Selbstständigkeit für Hochaltrige. Konzeptidee, Möglichkeiten der Implementierung in Einrichtungen der Altenhilfe, Kurzanleitung und exemplarische Stundendarstellung. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Mardorf, S./Böhm, K. (2009): Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch Institut, Stat. Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 247-266
- Mayer, F./Gollhofer, A./Berg, A. (2003): Krafttraining mit Älteren und chronisch Kranken. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 54, Nr. 3, 88-94
- McCabe, B.W./Hertzog, M./Grasser, C.M./Walker, S.N. (2005): Practice of health-promoting behaviors by nursing home residents. Western Journal of Nursing Research 27, Nr. 8, 1000-1016
- McConnell, E.S./Branch, L.G./Sloane, R.J./Pieper, C.F. (2003): Natural history of change in physical function among long-stay nursing home residents. Nursing Research 52, Nr. 2, 119-126
- McElhone, A.L./Limb, Y. (2005): Health Promotion/Disease Prevention in Older Adults - An Evidence-Based Update. Part III: Nursing Home Population. Clinical Geriatrics 13, Nr. 9, 24-31
- Menning, S. (2006): GeroStat-Report Altersdaten. Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. DZA. Verfügbar unter: http://www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/GeroStat_20Report_20Altersdaten/GeroStat_Report_Altersdaten_20Heft_2_2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_%20Heft_2_2006.pdf (17.03.2009)
- Mensink, G. (2003): Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundes-Gesundheitssurvey. Berlin: Robert Koch-Institut, 3-11
- Mensink, G./Burger, M./Beitz, R. (2002): Eine Momentaufnahme der Ernährung in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut, 135-137
- Meyer, K. (2006): Körperliche Aktivität im Alter. Prävention und Gesundheitsförderung 1, Nr. 2, 140-144
- Michael, Y.L./Colditz, G.A./Coakley, E./Kawachi, I. (1999): Health behaviors, social networks, and healthy aging: cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. Quality of life research 8, Nr. 8, 711-722
- Minkler, M. (1984): Health promotion in long-term care: a contradiction in terms? Health Education Quarterly 11, Nr. 1, 77-89
- Möllenhoff, H. (2005): Entwicklung und Evaluation eines Muskelkräftigungsprogramms für Hochbetagte: PATRAS (Paderborner Trainingsprogramm für Senioren). Paderborn
- Mossey, J.M./Shapiro, E. (1982): Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. American Journal of Public Health 72, Nr. 8, 800-808
- Müller, L./Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren

- Menschen. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 08, 1-32
- o.A. (2010): Spielkonsole Wii wirkt sich auf Pflegebedürftigkeit positiv aus. Projekt weist eine Steigerung der kognitiven Fähigkeiten nach. Care konkret Nr. 4, 8
- Opaschowski, H.W. (2008): Lebens- und Freizeitsituation der älteren Generation. In: Opaschowski, H.W. (Hg.): Einführung in die Freizeitwissenschaft. 5. Auflage. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag
- Oswald, W.D./Ackermann, A./Gunzelmann, T. (2006): Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19, Nr. 2, 89-101
- Pate, R.R., M. /Pratt, S.N./Blair, W. (1995): Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 273, 402-407
- Peterson, M.J./Giuliani, C./Morey, M.C./Pieper, C.F./Evenson, K.R./Mercer, V./Cohen, H.J./Visser, M./Brach, J.S./Kritchevsky, S.B./Goodpaster, B.H./Rubin, S./Satterfield, S./Newman, A.B./Simonsick, E.M. (2009): Physical activity as a preventative factor for frailty: the health, aging, and body composition study. The journals of gerontology. Series A 64, Nr. 1, 61-68
- Pfeifer, K./Ruhleder, M./Brettmann, K./Banzer, W. (2001): Effekte eines koordinationsbetonten Bewegungsprogramms zur Aufrechterhaltung der Alltagsmotorik im Alter. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 52, Nr. 4, 129-135
- Renner, B./Staudinger, U.M. (2008): Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 193-206
- Resnick, B./Nigg, C. (2003): Testing A Theoretical Model of Exercise Behavior for Older Adults. Nursing Research 52, Nr. 2, 80-88
- Reuben, D.B. (2002): Nursing home residents fare better with a dedicated team of medical practioners. Verfügbar unter: <http://www.rwjf.org/reports/grr/024748.htm> (10.06.2010)
- Robert Koch Institut - Robert Koch Institut (2003): Übergewicht und Adipositas. Berlin: Robert Koch Institut. Verfügbar unter:
- Robert Koch Institut (2005): Gesundheit im Alter. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_091/nn_196352/DE/Content/GBE/Gesundheitsbericht_erstattung/GBEDownloadsT/gesundheit__im__alter,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheit_im_alter.pdf (02.02.2009)
- Robert Koch Institut (2007): Gesundheit in Deutschland. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_091/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsbericht_erstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf (02.02.2009)
- Rondanelli, M./Trotti, R./Opizzi, A./Solerte, S.B. (2007): Relationship among nutritional status, pro/antioxidant balance and cognitive performance in a group of free-living healthy elderly. Minerva Medica 98, Nr. 6, 639-645
- Rothgang, H./Borchert, L./Müller, R./Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard
- Rothgang, H./Kulik, D./Müller, R./Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin: Asgard

- Rovio, S./Kareholt, I./Helkala, E.-L./Viitonen, M./Winblad, B./Tuomilehto, J./Soininen, H./Nissinen, A./Kivipelto, M. (2005): Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet neurology* 4, Nr. 11, 705-711
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Adlwarth, W./Meierjürgen, R. (2007): Bewegungsarme Lebensstile. Zur Klassifizierung unterschiedlicher Zielgruppen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivierung. *Gesundheitswesen* 69, Nr. 7, 393-400
- Rutter, M. (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, J./Masten, A./Cicchetti, D./Nuechterlein, K.H./Weintraub, S. (Hg.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008a): Ambulante pflegerische Versorgung. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern u.a.: Verlag Hans Huber, 352-369
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M./Horn, A./Wingenfeld, K. (2008b): Struktur- und Problemanalyse der Langzeitversorgung in Deutschland. Bielefeld: Internes Arbeitspapier
- Schäufele, M./Köhler, L./Lode, S./Weyerer, S. (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 169-231
- Schmitt, E. (2004): Aktives Altern, Leistungseinbußen, soziale Ungleichheit und Altersbilder - Ein Beitrag zum Verständnis von Resilienz und Vulnerabilität im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, Nr. 4, 280-292
- Schneekloth, U. (2006): Hilfe und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" (MuG IV). In: (Hg.): München: Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Schneekloth, U./Von Törne, I. (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53-168
- Schneekloth, U./Wahl, H.W. - BMFSFJ (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). BMFSFJ. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Redaktion/BMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (31.08.2009)
- Schönemann-Gieck, P./Rott, C./Martin, M./D'Heureuse, V./Kliegel, M./Becker, G. (2003): Übereinstimmungen und Unterschiede in der selbst- und fremdeingeschätzten Gesundheit bei extrem Hochaltrigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36, Nr. 6, 429-436
- Schweer, M.K.W. (2008): Psychologische Implikationen des Alterssports. Ein bislang weitgehend vernachlässigtes Forschungsfeld. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, Nr. 3, 162-167

- Shipman, D./Hooten, J. (2007): Are Nursing Homes Adequately Staffed? *Journal of Gerontological Nursing* Nr. 7, 15-18
- Simpson, K.M./Richards, K.C./Enderlin, C.A./O'Sullivan, P.S./Koehn, M. (2006): Medications and Sleep in Nursing Home Residents With Dementia. *Journals of the American Psychiatric Nurses Association* 12, Nr. 5, 279-285
- Smith, D.W.E. (1999): Resistance to causes of death: a study of cancer mortality resistance in the oldest old. In: Robine, J.-M./Forette, B./Franceschi, C./Allard, M. (Hg.): *The paradoxes of longevity*. Berlin u.a.: Springer, 61-71
- Smith, J./Fleeson, W./Geiselman, B./Settersten, R./Kunzmann, U. (1999): Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: Mayer, K.U./Baltes, P.B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 497-523
- Sorrell, J.M. (2008): As good as it gets? Rethinking old age. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 46, Nr. 5, 21-24
- Statistisches Bundesamt (2008): *Pflegestatistik 2007*. Wiesbaden. Verfügbar unter :<http://www.nw-ambulant.de/downloads/pflegestatistik2007.pdf> (18.03.2009)
- Statistisches Bundesamt *Todesursachenstatistik 2007 (Ad-hoc-Tabellen) Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, ICD-10*. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de (29.05.2009)
- Steinbach, S./Staudenmaier, R./Hummel, T./Arnold, W. (2008): Riechverlust im Alter. Eine häufige, wenig beachtete Störung mit bedeutenden Auswirkungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, Nr. 5, 394-402
- Steinhagen-Thiessen, E./Borchelt, M. (1999): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K.U./Baltes, P.B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 151-184
- SVR (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009*. Bonn
- Tesch-Römer, C. (2006): Produktivität im Alter. *GGW* 6, Nr. 1, 14-22
- Thiel, A./Gomolinsky, U./Huy, C. (2009): Altersstereotype und Sportaktivität in der Generation 50+. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 2, 145-154
- Tidwell, L./Holland, S.K./Greenberg, J./Malone, J./Mullan, J./Newcomer, R. (2004): Community-based nurse health coaching and its effect on fitness participation. *Lippincott's Case Management* 9, Nr. 6, 267-279
- Tse, M.M.Y./Benzie, I.F.F. (2004): Diet and health: nursing perspectives for the health of our aging population. *Nursing & health sciences* 6, Nr. 4, 309-314
- von Bonsdorff, M.B./Rantanen, T./Leinonen, R./Kujala, U.M./Tormakangas, T./Manty, M./Heikkinen, E. (2009): Physical activity history and end-of-life hospital and long-term care. *The journals of gerontology* 64, Nr. 7, 778-784
- von dem Knesebeck, O./David, K./Bill, P./Hikl, R. (2006): Aktives Altern und Lebensqualität - Evaluationsergebnisse eines WHO-Demonstrationsprojektes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30, Nr. 2, 82-89
- von Ferber, C. (1993): Pflege und Pflegedürftigkeit – eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: Müller, H.-W. (Hg.): *Pflegnotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten - Krankenpflege im Dienst der Gesundheit. Kongreßbereich 1992*. Frankfurt am Main: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege E.V., 9-21

- Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C. (1998): Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum. Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, Nr. 2, 76-88
- Walter, U./Schneider, N./Plaumann, M. (2008): [Empowerment for the elderly]. *Gesundheitswesen* 70, Nr. 12, 730-735
- Weitzman, P.F./Weitzman Eben, A./Levkoff, S.E. (2002): Interpersonal Conflicts of Women in Nursing Homes: An Administrative Perspective. *Journal of Clinical geropsychology* 8, Nr. 2, S. 139-147
- Weyerer, S. - Robert Koch Institut (2005): Altersdemenz. Robert Koch Institut. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_091/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/altersdemenz,templated=raw,property=publicationFile.pdf/altersdemenz.pdf (02.02.2009)
- Weyerer, S./Schäufele, M. (2004): Die Versorgung dementer Patienten aus epidemiologischer Sicht. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 17, Nr. 1, 41-50
- WHO (1997): The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of Aging and physical activity* 5, Nr. 1, 2-8
- WHO (2002): Active Ageing. A Policy Framework. Madrid. Verfügbar unter:
- WHO (2008): Caring for People with chronic conditions. New York
- Wiesmann, U./Rölker, S./Ilg, H./Hirtz, P./Hannich, H.J. (2006): Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, Nr. 2, 90-99
- Williamson, J.D./Espeland, M./Kritchevsky, S.B./Newman, A.B./King, A.C./Pahor, M./Guralnik, J.M./Pruitt, L.A./Miller, M.E. (2009): Changes in cognitive function in a randomized trial of physical activity: results of the lifestyle interventions and independence for elders pilot study. *The journals of gerontology. Series A* 64, Nr. 6, 688-694
- Wingenfeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern u.a.: Verlag Hans Huber, 370-381
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Universität Bielefeld/Institut für Pflegewissenschaften und FfG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Pflegebedarf_und_Leistungsstruktur.pdf (16.03.2009)
- Wurm, S./Tesch-Römer, C. (2004): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer, C. (Hg.): *Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshilfe*. Abschlussbericht. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 291-333
- Wurm, S./Tesch-Römer, C. (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 329-383
- Wurm, S./Lampert, T./Menning, S. (2009): Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 79-91
- Zeuner, A./Biering, H. (2009): Körperliche Aktivität von SeniorInnen unter besonderer Berücksichtigung gesundheitsbedeutsamer Belastungen. *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten* 61, Nr. 8, 728-732