

1 Grundlegendes

Bewegtes Altern oder Altern in Bewegung?!

Bianca Berger und Fabian Graeb

Paul Klee hat einmal gesagt: »Bewegung ist die Seele aller Dinge«. Was ist damit gemeint? Menschliches Leben ohne Bewegung ist undenkbar. Nur einige Beispiele: Alle Sinnesorgane sind auf Bewegung angelegt, damit Wahrnehmung und Interaktion stattfinden können. Von morgens bis abends sind Menschen in ihrem Alltag auf Bewegung angewiesen, damit dieser gelingen kann. Das morgendliche aus dem Bett aufstehen, der Gang zur Toilette, die Zubereitung des Frühstückstücks, aber auch das Einkaufen, der Arztbesuch oder der Weg zur Arbeit oder, oder...

Durch Bewegung werden die Aktivitäten des täglichen Lebens ermöglicht. Neben diesen funktionalen Aspekten von Lebens- und Arbeitsgestaltung gibt es aber auch Bewegungsanlässe, die mit Spaß, Freude und Gemeinschaft oder mit Entspannung sowie mit der Ausübung von Hobbys einhergehen. Mobilität umfasst damit nicht nur das Bewegen und das Gehen per se, sondern wie Westphal & Doblhammer (2018) es darstellen, auch das Ausmaß der gesellschaftlichen Integration.

Dies betrifft Menschen jeden Alters, in jeder Lebenslage, eben ein Leben lang. Gleichzeitig kann es bereits als Binsenweisheit angesehen werden, dass unsere Gesellschaft im Zuge der demografischen Entwicklung zunehmend älter wird. Daher wird im Folgenden auf die grundlegenden gesellschaftlichen Entwicklungen und physiologischen Veränderungen bei älteren Menschen nur kurz

eingegangen und das Thema »Mobilität im Alter« fokussiert. Dazu gehören auch »Verhinderungsgründe« sowie »Vorteile und Ermöglichungsbedingungen« für Bewegung. Der Beitrag schließt mit der Frage, ob Bewegung im Alter Sinn macht und knüpft an ein weit verbreitetes Vorurteil an, dass man im Alter »lieber etwas langsam machen sollte«.

Demografische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit

Wandel bietet immer Chancen und Herausforderungen. Dies gilt auch für die demografische Entwicklung. Kennzeichen dieser Entwicklung ist das Älterwerden der Bevölkerung in Deutschland. Das Demografieportal (2021) zeigt auf, dass im Jahr 1960 jede achte Einwohnerin mindestens 65 Jahre alt war, heute ist es jeder Fünfte und bis 2060 wird es wohl jede dritte Person sein. Gleichmaßen gibt es auch immer mehr hochaltrige Menschen.

Der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung hat sich von 1960 bis 2019 vervierfacht. Man geht davon aus, dass der Anteil der hochbetagten Menschen 7 % beträgt (Demografieportal 2021). Ungefähr im Jahre 2060 ist davon auszugehen, dass jede neunte Person in Deutschland dann über 80 Jahre alt ist (Demografieportal 2021). Und wenn Sie das lesen, dann stellt sich die Frage: Wie alt werden Sie im Jahr 2050 oder 2060

sein? Schätzungen für das Jahr 2060 gehen von einer weiteren Steigerung aus: Die mittlere Lebensdauer soll dann bei Mädchen bis zu 88,1 Jahre und bei Jungen 84,4 Jahre betragen (Demografieportal 2021).

Der medizinische Fortschritt ist einer der wichtigsten Gründe für diese Entwicklung (Radtke 2021). Neben der Verringerung der Kindersterblichkeit und Erfolgen bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten sind heute die präventiven und therapeutischen Interventionen bei geriatrischen Diagnosen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs entscheidend für eine höhere Lebenserwartung. Von zentraler Bedeutung sind darüber hinaus Verbesserungen in den Bereichen Bildung, Hygiene sowie Arbeits- und Lebensweisen der Menschen (Radtke 2021).

Auf der anderen Seite steigt aber mit der Lebenserwartung und – damit verbunden – mit zunehmenden Einschränkungen und Erkrankungen auch das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit. Im Dezember 2019 galten 4,1 Millionen Menschen entsprechend dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) als pflegebedürftig (Destatis 2020). Nach Angaben des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (2015) wird die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland bis 2030 um etwa 35 % zunehmen. Unter anderem wird die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen um mehr als ein Viertel steigen. Bei den 90-Jährigen und Älteren wird mit einer Verdopplung gerechnet (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2015).

Kuhlmei und Blüher (2015) verweisen darauf, dass alle größeren Befragungen bestätigen, dass die Mehrheit der in Deutschland lebenden Menschen bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit zu Hause leben und versorgt werden möchten. Mit diesem Wunsch – so die Autorinnen – ist die Hoffnung verbunden, ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Kontinuität zu erleben – insbesondere auch im Hinblick auf vertraute Personen und die Umgebung. Etwa drei Viertel der pflegebe-

dürftigen Personen können diesem Wunsch entsprechend zuhause versorgt werden. Von diesen Personen werden fast 80 %, also 3,3 Millionen, zuhause gepflegt. Rund 2,1 Millionen werden allein durch Angehörige versorgt (Destatis 2020). Knapp eine Million der zuhause lebenden Pflegebedürftigen werden hingegen von Angehörigen in Zusammenarbeit mit dem ambulanten Dienst oder vollständig durch denselben versorgt (Destatis 2020).

20 % (820.000 Personen) aller pflegebedürftigen Menschen leben in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Die Tagespflege, also die teilstationäre Pflege, hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, da neben der Sach- oder Geldleistung nach SGB XI zusätzlich auch Leistungen der Tagespflege in Anspruch genommen werden können. Angehörige werden durch dieses Angebot entlastet und damit scheint diese Angebotsform für viele Angehörige ein Kompromiss zwischen den Versorgungsformen ambulant und vollstationär zu sein.

Blüher et al. (2017) verweisen darauf, dass es insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen zu einer Überlagerung von chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen kommt, die häufig mit kognitiven Einschränkungen verbunden sind und Pflegebedürftigkeit begünstigen. Aufgrund der Zunahme alter und hochbetagter Menschen nehme auch die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu. Je nach Schätzung – so die Autorinnen – wird es bis 2050 zu einer Zunahme von Menschen mit Demenz von momentan 1 bis 1,5 Millionen auf 1,5 bis 3,5 Millionen kommen (Blüher et al. 2017). Auf der anderen Seite zeigen die aktuellen Entwicklungen, dass bereits jetzt weit weniger Menschen an einer Demenz erkrankt sind, als noch vor wenigen Jahren auf Basis der demografischen Entwicklung prognostiziert wurde. Wolters et al. (2020) konnten aufzeigen, dass die aktuellen Inzidenzraten, also die Anzahl an Neuerkrankungen, bei Männern 24 % und bei Frauen 8 %

unter den erwarteten Zahlen liegen. Die Autorinnen vermuten, dass positive Veränderungen des Lebensstils, wie weniger rauchen und verringerter Alkoholkonsum oder mehr Bewegung, hierfür mitverantwortlich sind (Wolters et al. 2020).

Körperliche Veränderungen im Alter und Auswirkung auf die Mobilität

Veränderungsprozesse im Alter, auch im Hinblick auf Mobilität, werden oft in einem Atemzug mit Krankheit, Verfall und Abbau genannt. Aussagen von alten Menschen und Personen, die älter werden, erinnern daran: »Kommen Sie mal in mein Alter« oder »Es ist halt nicht mehr so«. Meist wird eine solche Aussage vorschnell auf das hohe Lebensalter geschoben. Dabei besteht aber die Gefahr, dass sich ein »Zustand infolge falscher oder gar keiner Behandlung aufgrund inadäquater Beurteilung weiter verschlechtert« (v. Renteln-Kruse 2008, S. 65) oder der Status quo akzeptiert wird, obwohl eine Verbesserung möglich wäre.

Normale physische Alterserscheinungen von Erkrankungen oder Krankheitsfolgen zu unterscheiden, ist nicht immer möglich! Alterungsprozesse sind komplex und verlaufen inter- und intraindividuell variabel (Sadjak 2017). Im Zuge des Alterungsprozesses kommt es aber durchaus zu einer zunehmenden Rückbildung einzelner Organe und deren Funktion. Beispielsweise steigt das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgrund der alternden Zellschicht an der Innenfläche der Arterienwände stark an. Entzündungsprozesse in der Arterienwand führen zu Verdickungen, die die Durchblutung beeinträchtigen, in Folge auch zu einer verringerten Sauerstoffzufuhr führen und die Bildung von Thromben befördern können (Rensing & Rippe 2014). Das Vorkommen von Venenthrombosen beträgt bei Hochbetagten fast 1 % pro Jahr. Eine wichtige Rolle bei der

Entstehung von Thrombosen bei alten Menschen ist der Risikofaktor Immobilisierung (Rosendaal et al. 2007).

Im Altern zeigen sich auch Veränderungen im Bereich der Lunge. Es kommt zu einer verringerten Austauschfläche zwischen Alveolen und Blutkapillaren. Parallel dazu nimmt die Elastizität von Alveolengängen und -wänden ab und die Geschwindigkeit des Gasaustausches verringert sich (Rensing & Rippe 2014). Die Atmung wird auch durch eine veränderte Nachgiebigkeit des Brustkorbs und einer zunehmenden Schwächung der Atemmuskulatur beeinflusst. Im Alter neigt der Körper dazu, die Reserven des Atmungssystems in akuten Krankheitsfällen zu vermindern. Das heißt eine verminderte Empfindlichkeit des Atemzentrums gegenüber Sauerstoffmangel oder einer Kohlenstoffdioxidhöhung im Blut führen zu einer verminderten Atemreaktion (z. B. bei Herzinsuffizienz usw.). Bei alten und hochbetagten Menschen können damit einhergehende »Anpassungsvorgänge« beobachtet werden: Wenn alte Menschen ihre körperliche Aktivität vermindern oder die eingeschränkte Atmung erst einmal gar nicht als krankhaft wahrnehmen (wollen) (Janssens et al. 1999), hat das Auswirkungen auf die Mobilität, und zwar unter dem Aspekt »sich zu schonen«.

Muskeln, Knochen und Sehnen halten den Menschen im wahrsten Sinne des Wortes zusammen. Die auffälligste Veränderung der Körperzusammensetzung betrifft das Verhältnis von Fett und Körperwasser. Sadjak (2017) verweist darauf, dass mit dem Altern der Gesamtwassergehalt um ca. 10 % abnimmt. Gleichzeitig kommt es zu einer Zunahme des Fettgewebes, einem altersbedingten Umbau des Bindegewebes sowie einer Abnahme des Muskelgewebes (Sadjak 2017). Eine Abnahme der Knorpelsubstanz im Knochen ist festzustellen und die Qualität der Kollagenfasern verändert sich. Diese Veränderungen führen zu einem erhöhten Risiko für Brüche, aber auch zu sichtbaren Veränderungen an Schädel, Rücken oder in der Beinstellung, die auch

als charakteristische Altersmerkmale wahrgenommen werden (Rensing & Rippe 2014).

Die Autoren verweisen zudem darauf, dass mit zunehmendem Alter auch die Muskelquantität durch den Verlust oder die Reduktion von Muskelfasern abnimmt. Ein solcher Muskelverlust kann unterschiedliche Gründe haben, beispielsweise eine verminderte Nahrungsaufnahme in Folge von Krankheit oder Appetitlosigkeit, Störungen in der Nahrungsaufnahme und/oder -resorption, Veränderungen des Stoffwechsels usw. (Rensing & Rippe 2014). Bei einem Gewichtsverlust trennt sich der Körper schnell von Muskelgewebe. Fett- und Knochengewebe sind auch davon betroffen, aber erst in einem späteren Stadium.

Ein altersabhängiger Muskelabbau hat viele Ursachen, u. a. eine verringerte Beanspruchung der Muskeln. Bewegungsmangel erzeugt einen Teufelskreis, Inaktivität führt zu Muskelabbau, ggf. Gewichtsverlust führt zu weiterem Muskelabbau (Rensing & Rippe 2014). Die Folge ist eine Erhöhung der Sturzgefahr, aber auch die Gefahr einer zunehmenden Ortsfixierung bis hin zur Bettlägerigkeit.

Gleichzeitig verändert sich während der gesamten Lebensdauer die Knochenmasse. Bereits ab einem Alter von etwa 28 bis 40 Jahren sinkt die Knochenmasse bei Männern kontinuierlich. Bei Frauen geht man davon aus, dass eine Abnahme von 1–2 % pro Jahr während der Menopause und bis etwa zehn Jahre danach stattfindet. Strukturänderungen in der Architektur des Knochens sind die Folge, die wiederum ein erhöhtes Risiko des Knochenbruchs zur Folge haben (Lanham-New 2008).

Gleichermaßen verändert sich die Mineralisierungsdichte von Knochen. Bei 90 Jahre alten Männern ist sie etwa 40 % niedriger als bei 20- bis 29-jährigen. Die Demineralisierung des Knochens hängt eng mit der Verminderung des Calciumgehalts des Blutes und der Calciumresorption im Darm zusammen (Rensing & Rippe 2014). Durch eine geringere Nahrungsaufnahme wird auch weniger Calcium und Vitamin D zugeführt. Als Folge

wird Calcium aus den Knochen freigesetzt. Zudem gehen alte und hochbetagte Menschen weniger an die »frische Luft«, so dass die körpereigene Produktion von Vitamin D häufig wegen der geringeren UVB-Bestrahlung nachlässt (Rensing & Rippe 2014). Es wird geschätzt, dass eine von drei Frauen und einer von zwölf Männern im Alter von über 55 Jahren im Laufe ihres Lebens daher an Osteoporose erkranken und infolgedessen ein erhöhtes Frakturrisiko entwickeln (Lanham-New 2008). Das heißt: Altersbedingte körperliche Veränderungen und deren Folgen können zu einer Einschränkung der Mobilität führen. Andersherum werden körperliche Beeinträchtigungen durch einen Mangel an Bewegung verstärkt und sich selbsterhaltende »Teufelskreise« in Gang gesetzt.

Altern ist mehr als nur Krankheit

Diese altersbedingten und/oder pathologischen Veränderungen sind in ihren Auswirkungen erheblich. Es muss dennoch bedacht werden, dass chronische Erkrankungen eben nicht mit einer »automatisch eintretenden Lebensqualitätsbeeinträchtigung« (Wahl & Schneekloth, 2007 S. 31) gleichzusetzen, sondern als beeinflussbares und gestaltbares Geschehen anzusehen sind. Alte Menschen beurteilen ihre eigene Gesundheit auch nicht ausschließlich auf Grundlage von diagnostizierten Erkrankungen, sondern ziehen beispielsweise Vergleiche zum Gesundheitszustand anderer älterer Personen (RKI 2015). Wichtig erscheint deshalb, dass »Personen trotz vorhandener Erkrankungen oder Einschränkungen in der Mobilität ihre eigene Gesundheit häufig noch als gut bewerten« (RKI 2015, S. 410) und sich subjektive Gesundheit und objektiver Gesundheitszustand somit oft unterscheiden.

Im Hinblick auf die psychologische Dimension des Alterns müssen im Altern zwar Verluste hingenommen werden, wie z. B. die Geschwindigkeit, Informationen zu verarbei-

ten oder Einbußen beim Kurzzeitgedächtnis (RKI 2002). Potentielle »Stärken des Alters liegen dagegen in den erfahrungs-, wissens- und fertigkeitsbasierten Leistungen, die Menschen im Lebenslauf erbracht haben, insbesondere in der Fähigkeit zur psychischen Bewältigung von Anforderungen und Belastungen im Alltag.« (RKI 2002, S. 8).

Die soziale Dimension des Alterns geht vor allem mit den Möglichkeiten sozialer Teilhabe einher. Einerseits zeigt sich eine Entpflichtung von bisherigen gesellschaftlichen Rollen (wie z. B. durch den Eintritt in die Rente). Andererseits werden bis ins hohe Lebensalter auch identitätsstiftende »Verpflichtungen und eine an persönlichen Interessen und Bedürfnissen orientierte Lebensgestaltung« (RKI 2002, S. 9) eingegangen bzw. wahrgenommen (z. B. ehrenamtliches Engagement). Bei älteren Menschen haben daher alltagsrelevante Funktionsfähigkeiten und (größtmögliche) selbstbestimmte Lebensführung sowie die Entwicklung von Bewältigungsstrategien eine hohe Bedeutung für das Erleben von Gesundheit und Lebensqualität. Es zeigt sich aber auch die große Bedeutung von Prävention, um Gesundheit und Selbständigkeit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten (RKI 2002). Die Förderung von körperlicher Fitness ist damit eine Voraussetzung, um Autonomie (Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit) im Alter zu ermöglichen (Rott 2015).

Zur Wiederholung: Für eine stabile Lebensführung in der Häuslichkeit und im Pflegeheim ist die Mobilität von zentraler Bedeutung, denn ohne Bewegung geht im Alltag nichts! Dies beginnt beim Aufstehen am Morgen und dem Gang zur Toilette. Auch die außerhäusliche Bewegung, wie beispielsweise der Weg zur Apotheke, zur Ärztin oder zum Einkaufen, ist abhängig von Fähigkeiten der Mobilität und sichert die Teilhabe alter Menschen an der Gemeinschaft – unabhängig vom Setting.

Mit zunehmendem Alter treten häufiger Mobilitätseinschränkungen auf. Beispielsweise gehen für die Altersgruppe 70 Jahre und

älter gesundheitliche Einschränkungen auch mit einer Einschränkung der Mobilität einher (Nobis & Kuhnimhof 2018). Musich et al. (2018) gehen davon aus, dass ca. 30 % der älteren Erwachsenen (Bandbreite von 22,5 %–46,7 % in verschiedenen Studien) in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Ab 80 Jahren zeigen sich bei den Alltagsaktivitäten, die mit Bewegung einhergehen (z. B. Treppensteigen, die Zubereitung von Mahlzeiten), zunehmend Schwierigkeiten (Hieber et al. 2006). Erste Anzeichen, wie eine Veränderung des Gangbildes oder das Auftreten von Gangunsicherheiten, sind Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und für spätere funktionale Einschränkungen (Musich et al. 2018).

Mobilitätseinschränkungen gehen mit einem verminderten Zugang zu medizinischen Leistungen sowie einer schlechteren psychischen Verfassung und abnehmenden funktionellen Fähigkeiten einher (Musich et al. 2018). Altersstudien wie die Generali Altersstudie (2017) verweisen darauf, dass gesundheitliche Beschwerden bei den über 75-Jährigen kontinuierlich zunehmen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und muskuloskeletale Erkrankungen). Als Folge können auch Einschränkungen bei der Bewegung beobachtet werden, die einen Sturz nach sich ziehen können. Mundt et al. (2019) verweisen in ihrem systematischen Review darauf, dass etwa ein Drittel der über 65-Jährigen einmal im Jahr einen Sturz erleidet. Die Hälfte der über 80-Jährigen und Älteren sogar jedes Jahr. Zumeist nimmt die Gangunsicherheit oder die Immobilität zu und wird durch die Angst verstärkt, erneut zu stürzen. Bei 30 bis 50 % der älteren Sturzopfer ist diese Angst sehr stark ausgeprägt; man spricht in diesem Zusammenhang vom sogenannten »Post-Fall-Syndrom« (Dieckmann 2008).

Wenig überraschend verweisen Studien darauf, dass der Umfang von Gehstrecken bei vielen Älteren abnimmt, sodass Versorgungsstrukturen für den Alltag, soziale Teil-

habe sowie kulturelle Aktivitäten schwieriger erreicht oder wahrgenommen werden können (Dieckmann 2008; Oswald & Konopik 2015). Unter anderem verweisen Oswald und Konopik (2015) darauf, dass etwa ein Fünftel der zuhause lebenden alten Menschen während einer Woche innerhalb des letzten Monats nie oder nur selten außerhalb der Wohnung unterwegs waren. Häufiger sind alleinlebende Menschen hiervon betroffen. In diesem Zusammenhang ist auch darauf zu verweisen, dass nur ca. 6% der 70- bis 85-Jährigen in einer barrierereduzierten Wohnung leben (Nowossadeck & Engstler 2017). Hinzu können Desinteresse oder eine fehlende Motivation an Bewegung kommen sowie die Überzeugung, dass sie keinen Nutzen aus Bewegung ziehen, diese vielmehr »nachteilig« sein könnte (Franco et al. 2015).

Folgen dieser eingeschränkten Mobilität ist eine zunehmende »Kontrollverdichtung« (Oswald 2014). Das bedeutet: Der Aktionsradius reduziert sich zunehmend auf einen Aufenthaltsort (z. B. den Sessel). Alltagsgegenstände werden so platziert, dass diese in Sitzposition griffbereit sind (z. B. Fernbedienung, Getränke, Medikamente usw.). Die Alltagsgestaltung kann so mit minimalem Bewegungsaufwand sichergestellt werden. Folgen sind eine zunehmende Immobilisierung und Erhöhung des Sturzrisikos. Man »richtet sich ein«. Zegelin (2013) spricht von »Ortsfixierung«. Zumeist wird diese noch verstärkt, indem Angehörige, Pflegende oder Ärzte die betroffenen Personen vor Stürzen warnen und dazu ermutigen, lieber sitzen zu bleiben.

Frühzeitige Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität alter Menschen sollen dabei helfen, ihr tägliches Aktivitätsniveau zu halten oder dieses wiederzuerlangen, um damit die Lebensqualität zu befördern (Musich et al. 2018). Selbständigkeit und eine damit einhergehende verbesserte Lebensqualität sind somit Aspekte, die für alte Menschen in allen Settings der Altenhilfe zentral sind.

Bewegung im Alter – bringt das was?

Bewegung ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Ihre Förderung ist bis ins hohe Alter möglich. Dem Tag mehr Bewegung zu geben heißt, die verbliebenen Kompetenzen im Alltag der pflegebedürftigen Menschen einzubinden. Dies kann aber nur dann gelingen, wenn die Maßnahmen in Kooperation mit allen Beteiligten (Therapeutinnen, Angehörige, Kolleginnen etc.) dauerhaft umgesetzt werden. Der Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege« (2020) betont die Kontinuität von Maßnahmen und verweist darauf, dass Erhaltung und Förderung der Mobilität bis ins hohe Alter möglich sind. Hierfür sind die Bedürfnisse, die Ressourcen und Defizite der Person zu beachten.

Vorteile und Risikofaktoren müssen hinreichend berücksichtigt werden, damit die Personen eine individuelle Förderung erhalten, die sie fordert, aber nicht überfordert. Was ist damit gemeint? Wenn man sich eine Waage vorstellt, dann gibt es auf der einen Seite immer Verhinderungsgründe oder Risikofaktoren für Bewegung – ein Leben lang (siehe Zusatzmaterial 1). Sei es Faulheit oder der innere Schweinehund, der überwunden werden muss. Diese Verhinderungsgründe beinhalten aber auch individuelle Risikofaktoren, wie etwa Übergewicht, Schmerzen oder die Einnahme von Medikamenten und körperliche Einschränkungen, die die Bewegung hemmen können. Diese Gründe und Risikofaktoren, sich nicht oder zu wenig zu bewegen, müssen in ein individuelles Gleichgewicht mit den Vorteilen und Ermöglichungsbedingungen von Bewegung gebracht werden. Ob das jeweils gelingt, bleibt natürlich eine Entscheidung der jeweiligen Person – auch das Recht, sich gegen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität zu entscheiden. Denn Mobilität bleibt Ausdruck individueller »Körper- und Bewegungs-schichten« (Abraham 2008, S. 178). Diese

Geschichten zeigen, wie das »aktuelle Verhältnis zum eigenen Körper, zur Bewegung und Beweglichkeit vor dem Hintergrund des gelebten Lebens« zu begreifen ist (Abraham 2008, S. 179). Es kann also nur darum gehen, Angebote zur Bewegung zu unterbreiten und Verhinderungsgründe gemeinsam in den Blick zu nehmen, damit ein Gleichgewicht zwischen Ruhe und Bewegung im Alltag gelebt werden kann.

Insbesondere Menschen, die im Pflegeheim leben, weisen ein erhöhtes Risiko auf, Beeinträchtigungen der Mobilität oder eine Verstärkung der Mobilitätseinbußen zu erleben. Lange Phasen am Tag, die sitzend oder liegend verbracht werden, setzen eine zunehmende Abwärtsspirale in Gang (DNQP 2014, 2020; Harvey et al. 2013; Reid et al. 2013). Dieser Personenkreis profitiert von gezielten Maßnahmen zum Erhalt der Mobilität, weil weitere Funktionseinbußen vermieden oder zumindest verzögert werden können.

Die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur körperlichen Aktivität und Gesunderhaltung sind als Orientierungshilfe für Personen ab 65 Jahren zu verstehen; sie sind auf die jeweilige Person und ihre Fähigkeiten anzupassen (Franco et al. 2015). Die Empfehlungen können Sie im Beitrag zum Expertenstandard einsehen.

Anders (2008) verweist außerdem darauf, dass der relative Zugewinn motorischer Leistungen durch gezieltes Training bei älteren Menschen sogar ausgeprägter wirken kann als dies bei jüngeren Personen der Fall ist. Trainingsprogramme für ältere Menschen, die alltägliche Bewegungsabläufe wie z. B. Treppe steigen integrieren, führen zu erkennbaren Verbesserungen der körperlichen Leistung. Zudem sei eine Kombination von Kraft- und Balancetraining geeignet, die Mobilität zu fördern und zu erhalten und Stürzen vorzubeugen. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen individuell auf das Leistungsniveau und die Bedürfnisse des alten Menschen abzustimmen sind. Zu erkennen, dass eine ältere Person Mobilitätseinschränkungen hat,

oder zu beurteilen, ob sie gefährdet ist, eine solche zu entwickeln, kann ein wichtiger Schritt zur Verhinderung von Behinderung und Abhängigkeit für ältere Personen sein (Cummings et al. 2014).

Resümee

Was bleibt zum Schluss zu sagen? Altern ist nichts für Feiglinge! Man muss sich den vielfältigen Veränderungsprozessen als Mensch früher oder später stellen. Körperliche und kognitive Funktionsreserven gehen zurück, Lebensbedingungen sowie soziale Netzwerke unterliegen einem dynamischen Wandel (RKI 2015). Das heißt die Veränderungen beziehen sich auf den gesamten Menschen und umfassen körperliche, seelisch-geistige sowie soziale Aspekte.

Auf der einen Seite wird der Diskurs um Demografie sehr stark darauf fokussiert, welche Folgen das Alter mit sich bringen kann, nämlich funktionale Verluste, Krankheit, aber auch die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit. Das Bild einer Alterslawine von Hilfe- und Pflegebedürftigen, die die Gesellschaft überrollt, stellt sich ein. Auf der anderen Seite wird das Altern als Lebensphase, welche Lebensqualität und -sinn trotz Einbußen beinhaltet, kaum in den Blick genommen.

Werden aber (über) Hundertjährige befragt, dann wird auch ein beachtenswertes Ausmaß an psychologischen Stärken deutlich, welches zu ihrem Wohlbefinden beiträgt (Rott et al. o. J.). Die Autorinnen resümieren, dass ein hohes Maß an Lebenssinn und -wille diesem Personenkreis dabei hilft, erschwerte Bedingungen, wie beispielsweise vorhandene Gesundheitseinbußen, quasi zu neutralisieren (Rott et al. o. J.). Marc Chagall sagte: »Die Leute, die nicht zu altern verstehen, sind die gleichen, die nicht verstanden haben, jung zu sein.« Wenn man dieses Zitat auf sich wirken lässt, wird deutlich, wie fließend die Übergänge zwischen Alt und Jung sind und man das Leben »bewegen«

und sich selbst bewegen sollte, weil man sonst statisch ist und bleibt.

Bewegung muss Spaß machen und Sinn vermitteln, im Alter wie in der Jugend. Sie sollte sich an den Interessen und Vorlieben orientieren und mit einem individuellen Ziel verbunden sein. Es geht dabei auch um eine Suche nach den individuellen Körper- und Bewegungsgeschichten und wie diese dazu beitragen können, Bewegung in den Alltag zu integrieren. Der Grundsatz »nur so viel Hilfe wie nötig und so wenig wie möglich« sollte

aber von allen berücksichtigt werden, damit die Ressourcen der Menschen zum Tragen kommen und erhalten bleiben (DNQP 2014, 2020; Berger 2018).

Oder wie Frau Maier, die bereits bekannte, rüstige Dame am Anfang des Buches zu bedenken gab: Immer auf Hilfe angewiesen zu sein, erzeugt das Gefühl, dass man nichts mehr kann. Die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit kann das Empfinden von personaler Würde und Lebensqualität befördern.

Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege« – Mut zur Bewegung!

Bianca Berger

Hinführung

In jedem Alter ist Bewegung ein zentrales Bedürfnis, um selbst bestimmen zu können, wo ich mich aufhalten möchte, mit wem ich zusammen sein will und vor allem mit wem nicht. Selbstbestimmtheit, insbesondere die Frage, welche Ziele ich im Alltag verfolgen möchte, ist eng mit Erhaltung und Förderung der Mobilität verbunden. Aber auch die Möglichkeit, so lange wie es geht zuhause wohnen zu bleiben, geht mit der Frage nach den Fähigkeiten, sich zu bewegen, einher. Pflegenden nehmen hierbei eine besonders wichtige Rolle ein: von der Erfassung des Mobilitätsstatus über die Identifizierung von sinnstiftenden Bewegungsanlässen bis hin zur Evaluation des Prozesses. Dabei sind die Bedürfnisse der alten Menschen, unabhängig von der Versorgungsart, in den Blick zu nehmen. Mobilität kann bis ins hohe Alter erhalten und gefördert werden und es bedarf einer Grundhaltung von »Mehr Mut zur Bewegung« (DNQP 2020).

Der vorliegende Beitrag zeigt die Entwicklung der unterschiedlichen Expertenstandards auf. Der Schwerpunkt liegt aber auf der Vorstellung der Kriterien des Standards (DNQP 2020). Zudem werden Tipps zur Umsetzung in den Pflegealltag gegeben. Die Ausführungen sind als eine Art Leitfaden zu verstehen und sollten an das Setting und die Einrichtung angepasst werden. Den Hinweis »Mehr Mut zur Bewegung!« gilt es, in der eigenen Pflegepraxis zu reflektieren und immer wieder im Team zu überlegen: Wenn etwas nicht mehr geht, was geht noch? Inhalte des Expertenstandards werden erläutert – auf die fortlaufende Nennung der Quelle wird verzichtet.

Expertenstandards des DNQP

Expertenstandards in der Pflege waren über viele Jahre als berufsgruppenspezifische Beiträge zur Qualitätsentwicklung mit der Arbeit des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) verbunden.

Zahlreiche Expertenstandards zu unterschiedlichen Themen wurden seit Ende der 1990er Jahre erarbeitet. Größtenteils liegen diese bereits in ein- oder zweifach aktualisierter Form vor (DNQP 2019). Die Standards entfalten eine hohe Bedeutung in den Einrichtungen und im Alltag der Pflegenden. Im Blick sind zentrale Qualitätsrisiken (wie Dekubitus, Sturz etc.), die in der Regel für alle Leistungsbereiche der Pflege gültig sind. Die Betonung auf »berufsgruppenspezifische Instrumente« macht eine von Dritten unabhängige Entwicklung deutlich.

An dieser Stelle wird *nicht* detailliert auf das Verfahren zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards eingegangen. Diese können dem Methodenpapier mit Stand 2019² des DNQP entnommen werden. Büscher und Blumenberg (2018, S. 64) geben folgenden Hinweis zur Umsetzung von Expertenstandards:

»Die Arbeit mit Expertenstandards bedarf immer einer einrichtungs- und zielgruppenspezifischen Konkretisierung, da die eher allgemein formulierten Kriterien keine konkreten Umsetzungsvorgaben machen. Dies stellt eine anspruchsvolle Aufgabe für die Verantwortlichen dar, unterstützt aber maßgeblich die interne Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen und Diensten, da es durch die inhaltliche Auseinandersetzung mit einem Expertenstandard zu klärenden Dialogen innerhalb der Berufsgruppen und vielfältigen Impulsen für die Qualitätsentwicklung kommt.«

Mit der Überführung der Expertenstandards in die jeweiligen Strukturen und Prozesse der Einrichtungen und Dienste werden die Inhalte für das tägliche Handeln ebendieser also konkretisiert und sichtbar. Für jeden Standard gibt es ein auf das Thema abgestimmtes

Auditinstrument³, wobei geprüft wird, inwieweit der Standard umgesetzt ist.

Expertenstandard nach SGB § 113a SGB XI

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) wurde vom Gesetzgeber das Ziel formuliert, die Leistungen der Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen/Angehörigen abzustimmen. Mit diesem Gesetz wurden auch die Expertenstandards als eine wichtige Säule der Qualitätssicherung im SGB XI verankert. Die Entwicklung und Fortschreibung von Qualitätsinhalten sollten durch die Umsetzung von Expertenstandards eine stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements befördern.

Mit dieser Entscheidung wurde die Sicherstellungsverantwortung zur Entwicklung und Aktualisierung u. a. den Vertragsparteien (Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene) übertragen, die dazu aufgefordert wurden, eine »Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards« zu erstellen. Dieses Verfahren orientierte sich überwiegend am methodischen Verfahren des DNQP. Eine fachlich unabhängige Entwicklung und Aktualisierung sollten dadurch sichergestellt werden (Berger 2018; Berger & Hennings 2014a).

Die Vertragspartnerinnen hatten sich zu Beginn darauf verständigt, dass vorrangig Beschlüsse über die Aktualisierung der bisher entwickelten Expertenstandards des DNQP unter Beachtung der Urheberrechte herbeigeführt werden sollten. Diese Rechte konnten zwischen den Vertragsparteien und dem

2 Methodenpapier DNQP: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dat-eien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf>, Zugriff am: 30.11.2021

3 Auditinstrumente: <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>, Zugriff am: 30.11.2021

DNQP nicht geklärt werden, so dass das Vorhaben scheiterte, die bis dato veröffentlichten Expertenstandards einzubinden.

Nach einem Aufruf der Vertragsparteien, relevante Themen einzureichen, wurde die Entwicklung des Expertenstandards »Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege« ausgeschrieben. Das DNQP wurde mit der Erarbeitung beauftragt. Der Entwurf wurde in einer Fachkonferenz konsentiert und im Juni 2014 an den GKV-Spitzenverband übergeben. Eine modellhafte Implementierung wurde anschließend durchgeführt. Der Endbericht »Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege« (EXMO) attestierte zwar, dass der Expertenstandard praxistauglich und die Kosten für eine Umsetzung gering seien. Ein Wirksamkeitsnachweis könne aber nicht erbracht werden (Görres & Rothgang 2016). Der erweiterte Qualitätsausschuss sprach folglich eine Empfehlung zur »freiwilligen Umsetzung« des Standards aus. Parallel sollte der Expertenstandard aktualisiert werden, dies ist mittlerweile erfolgt. Die aktuelle Fassung (2020) kann auf der Website »Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege«⁴ heruntergeladen werden.

Wie sind die Expertenstandards nach § 113a SGB XI rechtlich einzuordnen? Die Expertinnen beschreiben ein Qualitätsniveau, welches bereits mit der Veröffentlichung den allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse präzisiert und damit Wirksamkeit im Sinne des § 11 (1) SGB XI entfaltet. Dort heißt es: »Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. [...]«

4 Download Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität«: <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download/>, Zugriff am: 30.11.2021

Der Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege« – Präambel

Im Vorfeld der Aktualisierung wurde eine Literaturstudie erstellt. Der Standard wurde anhand dieser Erkenntnisse überarbeitet und die Fachöffentlichkeit in die Konsultationsphase eingebunden. Die Abnahme des Abschlussberichts erfolgt durch die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege. Eine erneute Implementierungsstudie ist geplant.

Die Präambel und die zentralen Inhalte

Die Erhaltung und Förderung der Mobilität ist ein zentrales Thema, Mobilitätsdefizite und kognitive Beeinträchtigungen gehören zu den wichtigsten Ursachen einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit. Da die Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen von Mobilitätseinbußen betroffen ist, wird die Erhaltung und Förderung der Mobilität als zentrales Ziel einer professionellen Pflege beschrieben. Folgende Aspekte werden aufgeführt:

- Mobilität ist eine grundlegende Voraussetzung für Selbständigkeit und autonome Lebensführung und ermöglicht soziale Teilhabe. Sie befördert Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden.
- Pflegerische Maßnahmen zur Erhaltung oder Förderung der Mobilität leisten einen wichtigen Beitrag, um die Reduktion weiterer Funktionseinbußen und gesundheitlicher Störungen zu verhindern, die den pflegebedürftigen Menschen abhängig von pflegerischer Hilfe machen, und stärken die Ressourcen der Selbstpflege. Zudem kann spezifischen Risiken, wie z. B. Sturz-, Kontrakturen-, Thrombose- oder Dekubitusgefährdung, entgegengewirkt werden.