



PFLEGE

Monika Hammerla

Bewegen ist Leben

Menschen mit Demenz mobilisieren

Monika Hammerla

Bewegen ist Leben

Menschen mit Demenz mobilisieren

Unter Mitarbeit von
Professor Dr. Dr. Horst Claassen

schlütersche



Monika Hammerla ist Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie und Geriatriische Rehabilitation, Fachtherapeutin für Gedächtnistraining (Stengel Akademie Stuttgart) sowie Fachbuchautorin.

Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Horst Claassen, Institut für Anatomie und Zellbiologie der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Große Steinstraße 52, 06097 Halle (Saale), E-Mail: horst.claassen@medizin.uni-halle.de

*Bewegung macht beweglich – und Beweglichkeit
kann manches in Bewegung setzen.*

PAUL HASCHEK



**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch
Anmelden unter www.pflegen-online.de**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-348-2 (Print)

ISBN 978-3-8426-8660-1 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8661-8 (EPUB)

**© 2016 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autoren und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg
Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover
Titelbild: Robert Kneschke – fotolia.com
Fotos: Sonja Greuling
Satz: PER MEDIEN & MARKETING GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: PHOENIX PRINT GmbH, Würzburg

INHALT

Danksagungen	9
--------------------	---

Vorwort	10
---------------	----

Teil I Grundlagen

Einleitung	14
------------------	----

1 Zur Bedeutung von Bewegung und Mobilität	15
---	-----------

1.1 Das Problem von Bewegungs- und Mobilitätsmangel bei alten Menschen	15
1.1.1 Ausblick	17
1.2 Physische und psychische Auswirkungen von Aktivität und Mobilität	18

2 Mobilität und Fitness = Lebensqualität	21
---	-----------

2.1 Motivation für Bewegung	21
2.2 Mobilität und Mobilitätseinschränkungen	22

Horst Claassen

3 Altersveränderungen des Bewegungsapparates – anatomische und physiologische Grundlagen	25
---	-----------

3.1 Das Bindegewebe	25
3.1.1 Vorkommen und histologischer Aufbau	25
3.1.2 Alterung von Bindegewebe	26
3.2 Quergestreifter Skelettmuskel	26
3.2.1 Histologie, Physiologie und Biochemie	26
3.2.2 Altersbedingte Veränderungen der Skelettmuskulatur	28
3.3 Knochengewebe	29
3.3.1 Makroskopischer und histologischer Aufbau	29
3.3.2 Altersbedingte Veränderungen des Knochengewebes	31
3.4 Gelenke und Gelenkknorpel	33
3.4.1 Makroskopischer Aufbau eines Gelenkes	33
3.4.2 Histologie und Biochemie des hyalinen Gelenkknorpels	34
3.4.3 Alterungsvorgänge des Gelenkknorpels	34
3.5 Zentrales Nervensystem	36
3.5.1 Aufbau des Großhirns	36
3.5.2 Altersveränderungen und Erkrankungen des Großhirns	36

3.6	Genetik des Alterns	37
3.7	Hochbetagte Menschen	38

4 Voraussetzungen einschätzen und klären 40

4.1	Fit ist relativ: Einschätzung der körperlichen und mentalen Voraussetzungen der Bewohner/Patienten	40
-----	---	----

Teil II Expertenstandards

5 Expertenstandards im Kontext 46

5.1	Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege	47
5.1.1	Voraussetzungen für einen gelungenen Theorie-Praxis- Transfer	48
5.2	Qualifikationen der Mitarbeiter	49
5.2.1	Die Pflegefachkraft	49
5.3	Instrumente zur Einschätzung der Mobilität	50

6 Praktische Hinweise zum »Mobilitätsexpertenstandard« 51

6.1	Maßnahmenplanung: Grundlagen	51
6.2	Die Mobilisation bei Menschen mit früher und mittlerer Demenz ..	53
6.2.1	Die individuelle Einschätzung	54

Teil III Praxis

7 Bewegungs- und Mobilisationskonzepte in Pflege und Betreuung .. 58

7.1	Mobilisation zu Hause	58
7.2	Mobilisation in der Rehabilitation	62
7.3	Mobilisation in Heim oder Einrichtung (mit Kurzzeitbereich und Tagespflegegästen)	63
7.3.1	Beschäftigungsangebote	63
7.4	Exkurs: Erinnerungsarbeit – Training der geistigen Mobilität?	70

8 Pflegeplanung und Dokumentation 72

8.1	Maßnahmenplanung nach Ressourcen und Problemen	72
8.2	Evaluation	74
8.3	SIS – Strukturierte Informationssammlung	75

9 Reisberg-Skala – Hilfe beim Finden des passenden Angebots 77

9.1	Integration versus Segregation	79
9.1.1	Warum spezielle Gruppenangebote?	79
9.1.2	Individuelle Förderung	81

10	Bewegungsangebote nach Phasen der Reisberg-Skala	82
10.1	Aktivierung in der 1. Phase	83
10.2	Aktivierung in der 2. Phase	83
10.2.1	Sich bewegen	83
10.3	Aktivierung in der 3. Phase	87
10.3.1	Sich bewegen	87
10.4	Aktivierung in der 4. Phase	88
10.4.1	Sich bewegen	88
10.5	Ein Tagesablauf in der Wohnküche (geeignet für Bewohner in den Phasen 1–4 nach Reisberg)	91
10.6	Aktivierung in der 5. Phase	95
10.6.1	Sich bewegen	96
10.7	Ein Tagesablauf in der Demenzgruppe »Wohnzimmer« (geeignet für Bewohner in den Phasen 5–6 nach Reisberg)	96
10.8	Aktivierung in der 6. Phase	99
10.8.1	Sich bewegen	99
10.9	Aktivierung in der 7. Phase	101
10.9.1	Sich bewegen	102
11	Bewegungsangebote für Menschen mit anderen kognitiven Einschränkungen	105
11.1	Pflege und Betreuung von Schlaganfallpatienten	105
11.1.1	Auszüge aus dem Bobath-Konzept/Hinweise für den Pflegebereich	107
11.2	Pflege und Betreuung von Parkinsonpatienten	110
11.2.1	Maßnahmen der Mobilitätsförderung bei Parkinson- patienten	110
12	Voraussetzungen der Einrichtungen bei der Mobilitätsförderung ..	113
12.1	Qualifikationen der Mitarbeiter	113
12.2	Räumliche Voraussetzungen	113
12.3	Materialien	115
13	Bewegungs- und Mobilitätsübungen mit den jeweiligen Standards	119
13.1	Alltagsbewegungen (Gruppen- und Einzelübungen)	119
13.1.1	Standard Koch- und Backgruppe	120
13.1.2	Standard »Männer helfen gerne dem Hausmeister ...«	121
13.1.3	Standard Gehtraining mit Geräten oder auf Treppen	122
13.1.4	Standard Spaziergang und Gehtraining	123
13.1.5	Standard Wandergruppe	124
13.2	Tänze (Gruppen- und Einzelübungen)	125
13.2.1	Standard Tanzcafé	127

13.3 Besondere Angebote zur Einzel- und Gruppenaktivierung	128
13.3.1 Standard »Morgenrunde«	128
13.3.2 Standard »Bewegung & Poesie«	130
13.3.3 Standard »offener Kreis«	133
13.3.4 Standard Vormittagsgruppe Demenzbetreuung	134
13.3.5 Standard Einzelbetreuung	136
13.3.6 Standard Basale Stimulation® in der Einzelbetreuung	137
Literatur	142
Literatur für das Kapitel 3	143
Register	147

DANKSAGUNGEN

Ein herzlicher Dank gebührt Annette Berghoff, die dieses Buchprojekt von Anfang an wohlwollend und kritisch begleitete. Herrn Prof. Dr. J. Kraft danke ich für das Vorwort, das dem Leser eine gute Vorinformation liefert. Dank gebührt auch allen Bewohnern die aktiv mitarbeiteten und mir viele Inspirationen lieferten.

Meinem Mann, Prof. Dr. Dr. Horst Claassen, danke ich für das Kapitel über die anatomischen Grundlagen zu den Altersveränderungen des Bewegungsapparates.

Coburg, November 2015

Monika Hammerla

VORWORT

Der Welt-Alzheimer-Report 2015 zeigt alarmierende Zahlen zur aktuellen und künftigen Häufigkeit demenzieller Erkrankungen: Gegenwärtig sind weltweit 46,8 Millionen Menschen von Demenzerkrankungen betroffen. Die Zahl der Betroffenen wird bis 2030 voraussichtlich auf 74,7 Millionen und bis 2050 auf mehr als 131,5 Millionen ansteigen. Allein im Jahr 2015 wird es weltweit 9,9 Millionen Neuerkrankungen geben. Alle drei Sekunden erkrankt ein Mensch neu an einer Demenz. In Deutschland gehen wir aktuell von 1,5 Millionen betroffenen Menschen aus. Jedes Jahr kommen hier mehr als 250.000 Erkrankte hinzu. Die geschätzten weltweiten Kosten der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung Demenzkranker liegen bei 818 Milliarden Dollar und werden bis 2030 auf 2 Billionen Dollar steigen.

Demenzerkrankungen führen zu erheblichen persönlichen Belastungen und sind für die Betroffenen eine menschliche Tragödie. Der drohende Verlust an Lebensqualität sowie die immensen Auswirkungen auf unsere Sozialsysteme werden weithin unterschätzt.

Um den Herausforderungen zu begegnen, muss es uns daher ein zentrales Anliegen sein, alle Möglichkeiten der Prävention, der Frühdiagnostik, der kompetenten Begleitung Betroffener sowie gezielter therapeutischer Maßnahmen weiterzuentwickeln. Praxisbezogene, im Alltag niederschwellig anwendbare Konzepte können dabei entscheidend zur Verbesserung des Verlaufs der Erkrankung beitragen.

Die Bedeutung der Bewegung zeigt sich oftmals durch die rasche Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeiten bei Immobilisierung, wie sie beispielsweise im Rahmen akutstationärer Aufnahmen oder bei intermittierenden Akuterkrankungen häufig vorkommt. Auch leichtgradige demenzielle Syndrome verschlechtern sich hierbei erheblich, ein periinterventionelles oder postoperatives Delir ist eine häufige und mit großen Risiken behaftete Folge. Wenn nicht rasch und kompetent erkannt und behandelt wird, kommt es zu einer eigentlich vermeidbaren Beschleunigung des Krankheitsverlaufs mit Auftreten höhergradiger Pflegebedürftigkeit.

Lebensqualität, die nach einer geriatrischen Definition wesentlich durch Erhalt und Schaffung möglicher Autonomie, von Wohlbefinden und Achtung der Würde geprägt wird, ist gerade bei Demenzkranken durch Immobilität ganz besonders gefährdet.

»Bewegen ist Leben« – dieses Motto gilt somit ganz besonders auch für die wachsende Zahl von Menschen mit demenziellen Syndromen.

»Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano« (Juvenal, Satiren 10, 356): In seinem später oft verkürzt zitierten, eigentlich ursprünglich eher ironisch gemeinten Spruch

bringt der römische Dichter Juvenal (60–140 nach Christus) seine Hoffnung zum Ausdruck, dass ein gesunder Geist in einem gesunden Körper wohnen möge.

Zweifelloos besteht ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zu körperlicher Mobilität und kognitiver Leistungsfähigkeit.

Als wesentliche Faktoren, die zur Prävention von Demenzen beitragen, gelten neben der Verbesserung vaskulärer Risikofaktoren und einer an sekundären Pflanzenstoffen reichen Ernährung vor allem geistige und körperliche Aktivitäten.

Die positiven Auswirkungen von Bewegung sind zahlreich: Nachgewiesen sind Verbesserungen vieler Stoffwechselfparameter, des Herz-Kreislauf-Systems, der Sauerstoffversorgung des Gehirns, der Stimmung und nicht zuletzt die Vermeidung fataler Stürze und damit der längere Erhalt von Selbstständigkeit.

Bewegungsprogramme, ggf. auch in Kombination mit sozialen und kognitiven Aktivitäten, können entscheidend dazu beitragen, dass Demenzerkrankungen langsamer und in ihren Auswirkungen milder verlaufen.

Das vorliegende Buch von Monika Hammerla schlägt einen weiten Bogen über die Grundlagen positiver Auswirkungen von Mobilität auf eine Vielzahl physischer und psychischer Parameter zur Verbesserung der Lebensqualität. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei in der Beurteilung sinnvoller und in der Praxis anwendbarer Konzepte.

Der differenzierten Darstellung der Expertenstandards widmet sich der zweite Teil des Buches.

Die jahrelange praktische Erfahrung der Autorin in der Betreuung demenzkranker Menschen und deren Angehöriger ist auch Grundlage des dritten Teils.

Hier erwartet den Leser eine große und immer praxisbezogene Auswahl an innovativen und kreativen als auch bewährten Möglichkeiten und Ideen, die positiven Wirkungen der Bewegung in allen Stadien der Demenzerkrankung den Betroffenen nutzbar zu machen.

»Bewegen ist Leben« – dies gilt besonders für die wachsende Zahl von Menschen mit demenziellen Syndromen. Bewegung verbessert die Stimmungslage, vermindert Stürze, unterstützt Lebensqualität und trägt nachweislich zur Stabilisierung der Gedächtnisfunktionen und der Möglichkeiten der Teilhabe bei.

Das vorliegende Werk von Monika Hammerla beleuchtet diese wesentlichen Tatsachen und macht sie im besten Sinne im Alltag anwendbar.

Coburg, September 2015

Prof. Dr. med. Johannes W. Kraft
Chefarzt Regiomed Kliniken Coburg,
Klinik für Geriatrie und Rehabilitation

TEIL I

GRUNDLAGEN

EINLEITUNG

Glaubt man den Umfragen in diversen populären Zeitschriften, so assoziiert »die Allgemeinheit« bei Befragungen zu sportlichen Menschen lauter positive Eigenschaften wie Attraktivität, Leistungswillen, Erfolg.

Tatsächlich ist belegt, dass Sport, Bewegung, körperliche Aktivität der Gesundheit und Lebensverlängerung dienen: So geht aus einer finnischen Studie hervor, dass »einmal in der Woche zügiges Spaziergehen lebensverlängernd wirkt.« (Andrus 2005: 29) Laut der Studie waren 56 Prozent der Männer und 87 Prozent der Frauen noch zehn Jahre später am Leben. Von den physisch weniger Aktiven waren nur mehr 30 Prozent der Männer und 63 Prozent der Frauen am Leben.

»Menschen, die Fitness betreiben, profitieren noch von anderen positiven Effekten – ihre Knochendichte ist höher, die Muskelmasse ist größer, die Lungenfunktion ist wesentlich besser als bei Untrainierten. Viele der Probanden gaben zudem an, keine Probleme mit dem Gewicht zu haben, und Diabetiker teilten mit, dass ihre Werte im Normbereich lägen. Nicht zu vergessen ist die positive Wirkung auf die Psyche, das bedeutet etwa weniger Medikamenteneinnahmen und gesunden Schlaf.« (Andrus 2005: 21)

1

ZUR BEDEUTUNG VON BEWEGUNG UND MOBILITÄT

1.1 Das Problem von Bewegungs- und Mobilitätsmangel bei alten Menschen

Aus vielen Gesprächen mit geriatrischen Patienten oder Bewohnern in Pflegeheimen ist bekannt, dass der hochbetagte Mensch Beschwerden sehr häufig bagatellisiert, sich nicht spontan äußert oder sich überhaupt nicht mitteilt. Ein Grund hierfür könnte sein, dass jede offizielle Bemerkung über Einschränkungen als ein »Angriff« auf die Autonomie, die Selbstständigkeit der hochbetagten Menschen gesehen wird. Viele alte Menschen verschweigen Beschwerden, weil sie – oft zu Recht – vermuten, dass durch zu viele oder weitreichende Hilfsangebote ihre Selbstständigkeit beschnitten und ihre Lebensqualität damit reduziert werden könnte. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass sie niemandem zur Last fallen wollen: Oft wohnen die eigenen Kinder weit entfernt, sind die Nachbarn genauso alt und Informationen über Leistungen, die ihnen zustehen würden, nicht bekannt.

Alle Professionen der Altenhilfe sollten daher diese Beweggründe mit in ihr Handeln einbeziehen. Eine genaue und sehr sensible Erhebung der Anamnese ist daher von großer Bedeutung für den hochbetagten Menschen.

Ein andauernder Bewegungsmangel oder gar eine Ruhigstellung kann für einen hochbetagten Menschen sehr gefährlich werden – aus dem Englischen kennen wir etwa das Sprichwort »bed is bad«. Alle Bereiche der Medizin, der Pflege und der geriatrischen Rehabilitation wissen daher um die einschneidenden Folgen für die Betroffenen. So berichten schon junge Patienten nach einer Liegezeit von zwei Wochen über Leistungsschwächen ihres Kreislaufs, der Reduktion ihrer Muskelmasse und der Schwächung ihrer allgemeinen Befindlichkeit.

Sehr problematisch ist die Tatsache, dass während eines Aufenthalts im Akutkrankenhaus in der Regel keinerlei Mobilisation mit den Hochbetagten durchgeführt wird. Wenn überhaupt, beschränkt sie sich auf das Sitzen am Bettrand oder den Versuch, für ein paar Minuten aufzustehen.

Ein weiteres, nicht zu unterschätzendes Problem ist die Wartezeit auf einen Rehaplatz. Häufig müssen Menschen, die nicht in der Lage sind, alleine zu stehen oder zu gehen, auf einen Platz in die Kurzzeitpflege eines Altenheimes ausweichen und auf die Reha warten. Diese Wartezeit erstreckt sich nicht selten über zwei bis vier, oft auch fünf Wochen. Viele Pflegekräfte sind nicht ausreichend geschult für Rehamaßnahmen, und so vergeht wertvolle Zeit, die Immobilität der Betroffenen schreitet fort. Manches Zeitfenster, in dem noch etwas zu verbessern wäre, schließt sich.

Bei hochbetagten Menschen kann man daher von einer Negativspirale ausgehen: Alles wird schneller abgebaut, neben der verschwindenden Muskelmasse nimmt auch die kognitive Leistungsfähigkeit ab. Schon bei jungen Menschen verschwimmt nach einer Woche Bettruhe die zeitliche Orientierung. Quälende Fragen bezüglich ihrer Zukunft lassen alte Menschen oft depressiv werden. Fehlende Reize bei einer vermeintlichen Bettlägerigkeit wirken sich negativ auf Körper, Seele und Geist aus. Ist dieser Teufelskreis erst einmal im Gang, ist ein Aufwärtstrend kaum noch zu erreichen.

So berichten Pflegekräfte aus ihrer langjährigen Tätigkeit von den raschen negativen Folgen der Mangelbewegung. Schnell entwickeln sich Kontrakturen, die nicht rückgängig zu machen sind: fatal für jeden Bewohner, da Kontrakturen immer Schmerzen und Einbußen der Lebensqualität bedeuten. Durch Mangelbewegung sind auch Gefühle betroffen, die sich bis hin zum Hospitalismus äußern können. Ängste und Depressionen können entstehen, gegen die häufig nur noch Medikamente verabreicht werden. Ein reizloses, unbegreiflich trauriges Warten bildet dann das Ende des Lebens.

Sport und Bewegung haben grundsätzlich Vorteile für die Gesundheit im Alter, denn geistig und körperlich bewegt, sind alle Alltagsaufgaben besser zu bewältigen. Sport bei Rüstigen und gezielte Bewegungsübungen bei mobilitätseingeschränkten Bewohnern im Pflegeheim erhöhen ihre physische Resilienz. Bewegungen wirken sich nachweislich positiv auf den Stoffwechsel, das Herz-Kreislauf-System, das Immunsystem, die Muskeln und das Skelettsystem aus. Das wiederum stärkt die Psyche und steigert die Lebensfreude.

Zeitungsbericht des Coburger Tageblatts vom 13. Juni 2014

»Demenz und Sport? Fachlich belegt und untermauert ist aus vielen Bereichen der Medizin und Geriatriischen Zentren, dass Sportarten, die früher geübt und motorisch gespeichert sind, noch gut und gerne ausgeübt werden. Die Betroffenen erleben sich wieder als jemand, der noch Fähigkeiten hat. Die Patienten waren weniger anfällig für Depressionen. Der Muskelaufbau sowie alle geistigen Funktionen und Fähigkeiten und die Koordination erfahren eine Verbesserung. Durch die Bewegung werden Muskeln und Gehirn besser durchblutet, dadurch steht mehr Sauerstoff zur Verfügung. Larsen Lechler: »Es ist belegt, dass somit die Entwicklung der Demenz verlangsamt wird und die Verschlechterung hinausgezögert.« Die bevorzugten Sport- und Bewegungsarten sollten aus der Biografie entnommen werden. Am Anfang werden die Hauptmuskelgruppen geübt, um im Alltag fitter zu bleiben, das Aufstehen fällt mit Kraft leichter. Spielerische Übungen, die auf die Feinmotorik abzielen, sind für Verrichtungen wie das Öffnen einer Flasche oder das Haarekämmen nötig. Regelmäßige Spaziergänge sind von großem Nutzen. Neue Sportarten, bei denen komplexe Abläufe zu erlernen sind, werden nicht empfohlen, es gilt, Altbewährtes zu bewahren.«

1.1.1 Ausblick

Die oben genannten Fakten sind seit mindestens zwei Jahrzehnten bekannt; es wird und wurde viel darüber geschrieben. Wir wissen mittlerweile, was den hochbetagten Menschen guttut und sie stärkt.

All dieses Wissen heißt es gerade auch in Pflegesituationen in der Altenhilfe aufzugreifen und zu integrieren:

- für ein besseres Lebensgefühl der Bewohner und mehr Lebensqualität,
- für mehr Gesundheit und weniger Medikation,
- für größere kognitive Leistungsfähigkeit.

Letztlich bedeutet das alles auch mehr Wirtschaftlichkeit in der Finanzierung der Altenhilfe, denn fitte alte Menschen benötigen weniger Unterstützung, Pflege und Medikationen. Mobilität und Aktivität weisen in der Pflege und Betreuung alter Menschen somit sowohl gesundheitliche, soziale, ethische als auch wirtschaftliche Komponenten auf, die keinesfalls vernachlässigt werden dürfen.

Der neue Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität« ist ein Instrument, das entscheidend zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege beitragen wird. Derzeit ist er in der modellhaften Implementierungsphase, und es ist davon auszugehen, dass er Mitte 2016 verbindlich eingeführt wird. Doch gilt es auch schon jetzt, das Bewusstsein bei den Pflegenden und Angehörigen zu schärfen und zu entwickeln, damit sie die Bewohner aktiv fördern und in mobilitätsstiftende Aktionen besser einbeziehen.

Diesen Anspruch will diese Publikation unterstützen. Sie vermittelt neben Basiswissen in erster Linie Anregungen sowie Tipps, um alte Menschen so lange wie nur möglich selbstbestimmt und aktiv zu halten. Dabei werden vielen Umsetzungsebenen berücksichtigt – etwa alltägliche wie auch gezielte Förderungen.

Sind bereits Bewegungseinschränkungen bei den alten Menschen vorhanden, gilt es, alle Alternativen zu nutzen und im Rahmen der individuellen Möglichkeiten zu trainieren, um die Lebensqualität so weit als möglich wieder zu erlangen und zu halten.

Es ist an der Zeit, das Wissen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität zu systematisieren und umzusetzen!

13 BEWEGUNGS- UND MOBILITÄTSÜBUNGEN MIT DEN JEWEILIGEN STANDARDS

Für alle beschriebenen Standards mit Bewegungselementen gilt:

Bewohner mit körperlichen Einschränkungen wie Drehschwindel, Osteoporose, starken Deformierungen der Gelenke sowie Palliativpatienten sollten auf folgende Übungen verzichten:

- Schnelle Drehungen
- Tiefes Vorneüberbeugen
- Schnelles Kopfdrehen
- Ruckartige Bewegungen der Gelenke
- Zu festes Aufstampfen der Beine
- Kräftiges Schwingen der Arme nach links oder rechts

Die zuständige Fachkraft kennt die Diagnosen und entscheidet auch nach ärztlicher Konsultation über die Teilnahme an der Gruppenarbeit. Vorsicht ist geboten bei Bewohnern mit absoluter Arrhythmie, Hypoglykämie, Hyperglykämie, Bewohnern nach frischer Operation, mit fieberhaftem Infekt oder mit anderen Entzündungsformen. Hier sind immer ein Abheilen und genaue Kenntnisse des Gesundheitszustandes wichtig.

13.1 Alltagsbewegungen (Gruppen- und Einzelübungen)

Alltagsbewegungen im Heim, z.B. in Wohnküchen, ermöglichen die normalen Tätigkeiten wie Tische decken, Einkäufe auspacken, Abwasch erledigen, Betten beziehen, Geschirrtücher bügeln.

Alltagstätigkeiten können in der Gruppe bis mit 4–8 Personen durchgeführt werden, hier sollte ein gleiches Leistungsniveau herrschen. Es muss eine klare Struktur vorgegeben werden, die Zusammenarbeit mit Pflege und Hauswirtschaft muss abgesprochen sein. Die Vorbereitung und Durchführung sollte von zwei Personen begleitet werden. Ein Standard sollte vorliegen, um ein einheitliches Vorgehen zu sichern und zu prüfen. Den Fachkräften muss bewusst sein, dass die Leistungen der Bewohner sehr schwankend und schnell veränderlich sein können.

13.1.1 Standard Koch- und Backgruppe

Indikationen:

- Alle Bewohner, die sich noch gut mitteilen können
- Alle Bewohner, die alleine stehen und gehen können
- Gruppengröße: 4–8 Personen

Ziele:

- Erinnerung an frühere Hausarbeiten
- Förderung der Gemeinschaft
- Förderung der Fein- und Grobmotorik in Hand- und Armbereich
- Steigerung des Wohlbefindens durch Bewegung
- Verbesserung von Koordination
- Sturzprophylaxe

Maßnahmen:

- Raum mit Koch- oder Backgeräten ist vorbereitet.
- Jeder hat einen Sitzplatz.
- Aufteilung der Gruppe in Zuständigkeiten, bestenfalls nach Vorlieben
- Hygiene beachten – Hände waschen
- Auf Sicherheit achten
- Schürzen verteilen
- Bewohner so weit wie möglich selbstständig arbeiten lassen
- Jede Gruppe wählt ihr Rezept.
- Bewohner bearbeiten ihren Teig mit der Hand.
- Bei Benutzung von Elektrogeräten werden Mitarbeiter eingesetzt.
- Zureichen der Zutaten
- Backvorgang begleiten
- Aufräumen, Tische abwischen, spülen lassen
- Getränk reichen
- Nach dem Backvorgang bedanken und zum Kaffee einladen

Dauer: ca. 1 Stunde

Nachbereitung: Dokumentation

Qualifikation: Betreuungskräfte, Ehrenamt

13.1.2 Standard »Männer helfen gerne dem Hausmeister ...«

Hausmeister sollten idealerweise im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult sein, dann sind die (vorzugsweise männlichen) Bewohner dort auch gut betreut. Wenn es die Arbeit erlaubt, gehen die Männer in den Phasen 1–3 (vgl. Reisberg-Skala Kap. 9) gerne mit »auf Tour«. Die Tätigkeiten sind oft bekannt. Die Arbeit, die früher durchgeführt wurde, wird gerne verrichtet. Das Lob des Hausmeisters motiviert die Bewohner, sie fühlen sich nützlich. Befindet sich ein ehemaliger Werklehrer oder Tischler bei den Ehrenamtlichen, kann mit den Männern eine Werkgruppe entstehen. Diese stellt z. B. Vogelhäuschen her oder setzt Möbel instand (Holz und Scharniere mit gesundheitlich unbedenklichem Öl einpinseln, Gartenmöbel auffrischen), Schrauben und andere Kleinteile müssen immer mal wieder sortiert werden, Fußbänke können gebaut werden. Auch Autowaschen ist beliebt, das Nachfüllen des Kühlwassers noch durchaus machbar. Gartenarbeit ist oft sehr förderlich, denn bekannte Bewegung an der frischen Luft tut gut. Der Schubkarren kann auch noch gut bedient werden, anfangs können Holzhacken und Sägen auch noch Spaß machen (natürlich nur unter Aufsicht!).

Wichtig

Das Haftungsrecht bei Unfällen und oder bei Sachbeschädigung muss vor dem Werkzeinsatz mit der Leitung abgeklärt werden. Welche Versicherung greift bei einem Schaden?

Indikationen:

- Bewohner mit Bewegungsdrang, die sicher gehen
- Bewohner mit leichten bis mittleren kognitiven Einschränkungen
- Arbeiten, die Erinnerung wecken
- 1–2 Bewohner, meistens Männer

Ziele:

- Förderung der Gemeinschaft
- Steigerung des Wohlbefindens durch Bewegung und sinnvolles Tun
- Verbesserung der Motorik in den Händen
- Verbesserung der Armbeweglichkeit
- Verbesserung von Koordination und Ausdauer
- Sturzprophylaxe (z. B. durch Treppensteigen beim »Rundgang«)

Maßnahmen:

- Abholen der Bewohner und persönliche Begrüßung
- Die anstehenden Arbeiten zeigen und Handwerksgegenstände in die Hand geben. Der Hausmeister macht alle Bewegungen in der Arbeit mit.

REGISTER

- 1. Hilfe bei Stürzen 101
- 1. Phase
 - nach Reisberg 83
- 2. Phase
 - nach Reisberg 83
- 3. Phase
 - nach Reisberg 87
- 4. Phase
 - nach Reisberg 88
- 5. Phase
 - nach Reisberg 95
- 6. Phase
 - nach Reisberg 99
- 7. Phase
 - nach Reisberg 101
- Aktivierungsgruppe 18
- Aktivität 18
- Alltagsbewegungen 119
- Alltagskompetenz 40
- Altersveränderungen 25 ff.
- Ambulantes Geriatriisches Assessment 43
- Anamnese 40, 52
- Ängste 16
- Autonomie 15
- Backgruppe 120
- Basale Stimulation® 103, 137
- Beschäftigungsangebote 63
- Betreuungsangebote
 - zusätzliche 68
- Betreuungsgruppen 86, 90, 96
- Betreuungskonzept 63
- »Bewegung & Poesie« 130
- Bewegungsangebote 82 ff., 105
- Bewegungsapparat 25 ff.
- Bewegungselemente 119
- Bewegungsförderung 52
- Bewegungsformen
 - asiatische 61
- Bewegungskonzepte 58
- Bewegungsmangel 15
- Bewegungsübungen 119, 131, 132
- Bezugspflege 90
- Bindegewebe 25, 26
- Biografie 52, 54
- Bobath-Konzept 107
- Defizite 77
- Dehnbänder 132
- Demenz
 - frühe und mittlere 53
- Depressionen 16
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 46
- Diabetes mellitus 19
- Dokumentation 72
- Einschätzung
 - kognitive 54
- Einschränkungen
 - kognitive 105
- Einzelbetreuung 67, 100, 136
- Einzelübungen 119
- Erfolgsmerkmale 75
- Ergotherapie 89
- Erinnerungsarbeit 70
- Ernährungszustand 41
- Evaluation 74
- Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität« 17, 20
- Expertenstandards 46
- Faktoren
 - kognitive 41
 - mobilitätsbeeinflussende 41
 - soziale 41

- Fallbesprechung 24
- Fitness 21 ff., 40
- Fitnessstudio 58
- Förderung
 - individuelle 81
- Förderungsmöglichkeiten 20
- Formulierungen 73

- Gangsicherheit 40
- Gedächtnis 20
- Gedächtnistraining 70, 112
- Gehtraining 122, 123
- Gelenke 19, 33
- Gelenkknorpel 33, 34
- Gemeinschaft 21
- Genetik des Alterns 37
- Gewichte 131
- Granulozyten 19
- Großhirn 36
- Grundlagen
 - anatomische und physiologische 25 ff.
- Gruppenangebote 79
- Gruppenbetreuung 64
- Gruppenübungen 119

- Hospitalismus 16
- Hund 59
- Hyperlipidämie 19

- Immobilität 15, 18
- Immunsystem 19
- Inkontinenz 41
- Instrumente (Mobilitätseinschätzung) 50
- Insult
 - apoplektischer 19
- Integration 79

- Kneipp 135
- Knochengewebe 29, 31
- Kochgruppe 120
- Kommunikation 21

- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) 20
- Kontinuität 24
- Kontrakturen 16, 102
- Koronargefäßerkrankungen 19

- Lebensqualität 19, 21
- Leistungsfähigkeit
 - kognitive 16
- Leitsymptome 78
- Leukozyten 19

- »Männer helfen gerne dem Hausmeister ...« 121
- Maßnahmen
 - ergotherapeutische 112
 - gerontopsychiatrische 112
 - logopädische 112
 - pflegerische 111
 - physiotherapeutische 111
- Maßnahmenplanung 51, 72, 73
- Materialien 115
- Medikamente 54
- Menschen
 - hochbetagte 38
- Merkmale
 - kognitive 42
 - körperliche 42
 - soziale 43
- Mitarbeiterqualifikation 49, 113
- Mobilisation
 - in der Rehabilitation 62
 - in Heim oder Einrichtung 63
 - zu Hause 58
- Mobilisationskonzepte 58
- Mobilität 18, 21, 22
 - geistige 70
- Mobilitätseinschränkungen 22, 23
- Mobilitätsmangel 15
- Mobilitätsübungen 119
- Mobilitätsverluste 23

- Monozyten 19
- »Morgenrunde« 128
- Motivation 24
- Motorik 54
- Musik 140
- Muskulatur 19

- Nahziele 74
- Nervensystem
 - zentrales 36
- Neurone 20

- »Offener Kreis« 133
- Ortsfixierung 18
- Osteoporose 20

- Paragraf 87b 69
- Paragraf 87b, SGB XI 68
- Parkinsonpatienten 110
- PDCA-Zyklus 20, 47, 50, 54, 72
- Pflegefachkraft 49
- Pflegekonzept 63
- Pflegeplanung 24, 72 ff.
- Pflegeprozess 72
- Pflegequalität 20
- Pflegevisite 24
- Phasen
 - nach Reisberg 77
- Physiotherapie 89
- Probleme 72

- Qigong 61
- Qualitätskriterien 51

- Radfahren 61
- Rehamaßnahmen 15
- Reisberg-Skala 77 ff., 82
- Ressourcen 72, 73, 77
- Ruhigstellung 15

- Schlaganfallpatienten 105
- Schmerzen 41

- Schwimmen 61
- Segregation 79
- Selbstständigkeit 15, 21, 40
- Seniorentanzgruppen 61
- Singen 62
- Sitttänze 126
- Skelettmuskel
 - quergestreifter 26
- Skelettmuskulatur 28
- Skelettsystem 20
- Spaziergang 123
- Spaziergänge 59, 85, 89
- Spiele 117
- Sport 16, 84
- Sportarten 59
- Sportverein 58
- Stimulation
 - akustisch 103
 - olfaktorisch 103
 - oral 103
 - taktil-haptisch 103
 - vibratorisch 103
 - visuell 103
- Stoffwechsel 19
- Stoma 41
- Strukturierte Informationssammlung (SIS) 75
- Stuhlinkontinenz 41
- Stundenbilder 128
- Sturzrisiken 41

- Tagesablauf in der Demenzgruppe
 - »Wohnzimmer« 96
- Tagesablauf in der Wohnküche 91
- Tanzcafé 127
- Tänze 125
- Teilhabe 21
- Theorie-Praxis-Transfer 48
- Therapie
 - tiergestützte 61
- T-Lymphozyten 19

Übungen

- gymnastische 128

Unabhängigkeit 21

Veranstaltungen 66, 67

Vernachlässigung 42

Vernetzung 20

Voraussetzungen 113

- körperliche 40

- mentale 40

- räumliche 113

Vormittagsgruppe Demenzbetreuung

134

Wandergruppe 124

Wandern 61

Wirtschaftlichkeit 17

Wunden

- chronische 42

Zeitnot 52

Expertenwissen für die tägliche Praxis

Wer sich bewegen kann, tut etwas für seine gute Laune. Er gewinnt an Gangsicherheit, beugt Kontrakturen vor und weist sogar bessere Gedächtnisleistungen auf. Kurzum: Bewegen ist Leben!

Erfahrene Pflegekräfte wissen das. Unterstützt werden sie dabei auch von dem neuen Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“.

Doch bei Menschen mit Demenz ist die Mobilisation ungleich schwieriger. Die Betroffenen sind oft nicht in der Lage, aktiv an Mobilisationsmaßnahmen teilzunehmen. Sie brauchen dringend Ideen und Impulse, die speziell auf sie abgestimmt sind.

Dieses Buch nennt dafür die Grundlagen, bietet praktische Konzepte und stellt eine breite Palette an Maßnahmen vor. Bewegen ist Leben – das gilt auch für Menschen mit Demenz.

Praktisch

Professionell

Präventiv

Die Autorin

Monika Hammerla ist Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie, Geriatrische Rehabilitation, Fachtherapeutin für Gedächtnistraining (Stengel Akademie Stuttgart) sowie Fachbuchautorin.

ISBN 978-3-89993-348-2

