



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



**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](mailto: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](http://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
<b>Teil I Grundlagen</b>	
Einleitung .....	14
<b>1 Zur Bedeutung von Bewegung und Mobilität .....</b>	<b>15</b>
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
<b>2 Mobilität und Fitness = Lebensqualität .....</b>	<b>21</b>
2.1 Motivation für Bewegung .....	21
2.2 Mobilität und Mobilitätseinschränkungen .....	22
Horst Claassen	
<b>3 Altersveränderungen des Bewegungsapparates –     anatomische und physiologische Grundlagen .....</b>	<b>25</b>
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

<b>10</b>	<b>Bewegungsangebote nach Phasen der Reisberg-Skala</b> .....	<b>82</b>
	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
<b>11</b>	<b>Bewegungsangebote für Menschen mit anderen kognitiven Einschränkungen</b> .....	<b>105</b>
	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
<b>12</b>	<b>Voraussetzungen der Einrichtungen bei der Mobilitätsförderung</b> ..	<b>113</b>
	12.1 Qualifikationen der Mitarbeiter .....	113
	12.2 Räumliche Voraussetzungen .....	113
	12.3 Materialien .....	115
<b>13</b>	<b>Bewegungs- und Mobilitätsübungen mit den jeweiligen Standards</b>	<b>119</b>
	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
<b>Literatur</b> .....	<b>142</b>
Literatur für das Kapitel 3 .....	143
<b>Register</b> .....	<b>147</b>

## 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 ursprünglicher 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.

Zweifelloso 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 verschimmt 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!

## 1.2 Physische und psychische Auswirkungen von Aktivität und Mobilität

Die Realität der meisten alten Menschen in Pflege und Betreuung sieht folgendermaßen aus: Körperliche Einschränkungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, kognitive Defizite verbunden mit den Nebenwirkungen einiger Medikamente lassen Hochbetagte in stationären Einrichtungen oft resignieren. Die Motivation, sich gezielt zu bewegen, bringen nur wenige von sich aus auf. Viele Bewohner verbringen die Tage auf »ihren Plätzen« – seien sie im Aufenthaltsraum, im Speiseraum oder im Zimmer. Werden sie »mobilisiert«, erschöpfen sich diese Maßnahmen häufig darin, dass die Betroffenen von A nach B geschoben oder geführt werden, wo sie mit etwas Glück das Angebot einer tagesstrukturierenden Maßnahme bekommen. Die erleben sie dann auch meist passiv, weil viele Gruppen einfach zu groß und inhomogen sind. Vielfach sind keine Fachkräfte vor Ort, die eine Maßnahmenplanung erstellt haben und qualifiziert betreuen.

So stellen der Einzug in ein Heim oder eine Klinikentlassung oft die Weichen für eine Immobilität. Durch zu wenig fachliche Kompetenz und Zeitdruck werden die letzten Ressourcen der Betroffenen häufig »weggepflegt«. Der hochbetagte Mensch ist mit einer neuen Situation konfrontiert, die ihn überfordert. Genau hier müssen Maßnahmen ergriffen werden, um geschwächte und überforderte Menschen nicht ans Bett zu binden. Denn schon nach wenigen Tagen im Bett schwinden Muskeln, setzt eine Resignation ein, die sich bis zur Selbstaufgabe steigern kann. Wird das Stehen und Gehen nicht mehr geübt, sind die hochbetagten Menschen auf Rollstühle angewiesen, die sie oft selbst nicht mehr in Bewegung setzen können, weil ihnen die Kraft in den Armen fehlt. Der alte, bescheidene Mensch fügt sich in sein Schicksal, möchte keinem zur Last fallen, weil alle Pflegekräfte überlastet sind.

Die Pflegewissenschaftlerin Prof. Dr. Angelika Zegelin sagt dazu: »Eine Ortsfixierung entsteht durch zunehmende Schwäche, der Bewegungsmangel führt zum Muskelabbau. Schon nach wenigen Tagen des Liegens treten Veränderungen in allen Körpersystemen ein (Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel), in vielen Studien wurde die Liegepathologie bestätigt.« (Zegelin in: Demenz DAS MAGAZIN 22/2014: 14)

Eine frühe und sanfte Mobilisierung kann die Negativspirale der Immobilität verhindern. Menschen, die sich regelmäßig an den Aktivierungsgruppen beteiligen, steigern sich kognitiv und körperlich. Aus den Evaluierungen der Pflegeplanungen geht hervor, dass sich in jedem Alter und auch mit körperlichen Einschränkungen Erfolge erzielen lassen:

- kleine Erfolge wie das Mitwippen der Füße und das Bewegen der Hände zum Takt der Musik,

## 6

## PRAKTISCHE HINWEISE ZUM »MOBILITÄTSEXPERTENSTANDARD«

Voraussetzung für die praktische Umsetzung des Expertenstandards ist, dass das gesamte Team und die Leitungsebene motiviert sind und an einem gemeinsamen Strang ziehen. Dazu muss eine Struktur etabliert werden, in die die Leitungsebene, die Projektgruppe und deren Teams eingebunden werden. Regelmäßige Schulungen sollten durchgeführt werden, um einheitlich (standardisiert) mit den Erhebungen und den daraus folgenden Maßnahmen umzugehen.

### Bei der Umsetzung des Standards geht es um diese Aspekte

- Voraussetzungen und Ressourcen prüfen: Krankheitsbilder, Ausmaß der Bewegungseinschränkungen, Therapiemöglichkeiten (Betroffener, Hausarzt, Angehörige, Betreuer)
- Ziele formulieren: Was soll bewirkt werden (z. B. Handicap verringern, Mobilität erhalten, Lebensfreude vermitteln, Gemeinschaftsgefühl stärken)?
- Maßnahmen und Angebote sondieren:
  - Maßnahmen im Heim/in der stationären Einrichtung (dem Hauskonzept und den Expertenstandards entsprechend)
  - Maßnahmen für zu Hause/die ambulante Pflege (je nach Level und den Expertenstandards entsprechend)
  - Maßnahmen in der Reha (gezielt)
- Individuell angepasste Maßnahmenpläne für jeden Bewohner erstellen
- Verantwortlichkeiten klären
- Qualitätskriterien festlegen (ambulante und stationäre Pflege) und geeignete Werkzeuge auswählen (PDCA-Zyklus)
- Regelmäßige Umsetzung des Standards durch geeignete Maßnahmen sicherstellen
- Evaluation sicherstellen: Alle Beteiligten überprüfen und bewerten gemeinsam, ob die Mobilisierungsmaßnahmen zielführend waren.
- Ggf. Anpassung der individuellen Maßnahmenpläne veranlassen

### 6.1 Maßnahmenplanung: Grundlagen

In der Pflege fließen zentral alle Fakten zusammen, die mit dem Bewohner zu tun haben. Pflege läuft kontinuierlich sieben Tage die Woche, 24 Stunden täglich. Während der Pflege werden alle Informationen zum aktuellen Zustand der Bewohner erkannt, beschrieben und dokumentiert und so die Grundlagen für Bewegung und Mobilisation der Bewohner geschaffen. Dabei gilt es, den aktuellen Zustand der Bewohner zu erfassen und aktuelle Veränderungen (z. B. hohe Körpertemperatur, Erbrechen) oder chronische Krankheitszeichen (z. B. hohe oder niedrige RR-Werte) zu erkennen und in

die Maßnahmenplanung zur Mobilisation einfließen zu lassen. Zudem müssen natürlich grundlegende Bedürfnisse (z. B. Schmerzfreiheit, siehe Kap. 4.1) befriedigt sein, damit die Bewohner sich (wieder) gerne bewegen und zur Mobilisation bereit sind.

Die Mobilisation stellt Pflege und Betreuungskräfte vor große Aufgaben. Neben einer gründlichen körperlichen, kognitiven und sozialen Anamnese muss die Biografie bekannt sein, um Anreize zu schaffen, die den Betroffenen bekannt und angenehm sind. So kann man einen ehemaligen Hundebesitzer sicherlich eher zu einem Spaziergang motivieren, wenn ein Gasthund dabei ist.

Mitarbeiter der Pflege und der sozialen Betreuung sollten dabei miteinander verzahnt sein, sodass ein guter Informationsfluss stattfindet und gemeinsame Zielsetzungen entwickelt werden. Die Übergaben sollten gemeinsam stattfinden, um den Kommunikationsfluss und die Transparenz zu gewährleisten. Wichtig ist aber, dass die Aufgabengebiete dennoch voneinander getrennt bleiben. Denn leider ist es in einigen Einrichtungen üblich, fachspezifische Aufgaben an zu wenig qualifizierte Betreuungskräfte zu delegieren, um kostensparend zu arbeiten. Das kann aus pflegefachlicher Sicht nicht toleriert werden und stellt für Betreuungskräfte zudem eine unzumutbare Überforderung dar. In dem zugrunde liegenden Pflege- und Betreuungskonzept sollte daher klar differenziert sein, welche Aufgaben Pflege- und Betreuungskräfte jeweils haben.

Alle Pflgetätigkeiten und Aktivierungsstunden sollten im Hinblick auf eine Bewegungsförderung geplant und durchgeführt werden. Wie in einer Choreografie müssen die Abläufe eingeübt werden, damit alles reibungslos funktioniert. Diese Abläufe müssen im Standard festgeschrieben sein, jeder muss sie kennen und sich daran halten.

Zeitnot – ein wiederkehrender Aspekt in der Altenhilfe – darf nicht als Entschuldigung herangezogen werden, um Maßnahmen nicht durchzuführen oder zu vernachlässigen. Die momentane Immobilität vieler Bewohner aufgrund mangelnder Bewegungsangebote wird auf längere Sicht mehr Zeit und Personalressourcen »kosten«. Wenn man diese Investition allerdings scheut, »spart« man auf Kosten der Gesundheit der anvertrauten Bewohner. Es ist notwendig, von vornherein ausreichend Zeit und Personal für eine adäquate Bewegungsförderung einzuplanen; dabei ist es die Aufgabe der Einrichtungsleitungen, die Voraussetzungen zu schaffen, damit Pflege- und Betreuungskräfte der »Basis« arbeiten können.

## 13.2 Tänze (Gruppen- und Einzelübungen)

Tanz ist Bewegung, Tanzen kann schon ein Wippen mit dem Fuß der Teilnehmer sein. Was Tanzen genau bewirkt, haben Hirnforscher in Kanada und Texas untersucht: Tanzen erzeugt den Wunsch des Nachahmens; die Forscher fanden heraus, dass allein bei der Vorstellung, Walzer zu tanzen, schon ein Prozess des Erinnerns und Denkens im Gehirn einsetzt. Schon beim Zuschauen werden die für Bewegung zuständige Gehirnregionen nachweislich aktiv. Je bekannter der Tanz, desto intensiver ist die Wirkung auf das Gehirn der Teilnehmer. Zahlreiche Studien belegen, dass Tanzen unser Gehirn verändert. Am Albert Einstein College of Medicine belegt eine Langzeitstudie mit hochbetagten Menschen, dass Tanzen das Risiko an Demenz zu erkranken auf 70 Prozent senkt und den Krankheitsverlauf stark verzögert (vgl. Gipp 2010: 25).

Die physiologische und psychologische Wirkung des Tanzens ist unbestritten. Eine freudig ausgeübte Sportart baut Muskeln, Sehnen und Gelenke auf, spielerisch werden Ausdauer, Koordination, Bewegungsabläufe eingeübt, eine Steigerung der Leistungsfähigkeit erfolgt unbewusst. Der Urinstinkt setzt bei allen Menschen ein, selbst »Bewegungsmuffel« lassen sich mit einer freundlichen Überredung zu Bewegung motivieren. Menschen mit Demenz haben oft wenige Vorbehalte, wenn es um Bewegung geht. In der Gruppe fühlt sich keiner beobachtet, es ist zwanglos und immer mit einer fröhlichen Stimmung besetzt. Das Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühl wird gesteigert. Wortfindungsstörungen fallen beim Tanzen nicht ins Gewicht, denn es wird nonverbal kommuniziert, die Körperhaltung verändert sich, Bewegungskompetenz und Selbstvertrauen werden aufgebaut. Durch Spaß und Bewegung werden Spannungen abgebaut, Tanzen vermindert Stress.

Tanzschritte sind noch lange möglich, und beim Tanztee erfreuen sich gerade Paare an der gemeinsamen Aktion. Neben der Bewegung wird auch das Gefühlsleben stimuliert, gemeinsames Tanzen weckt viele gute Erinnerungen für beide Seiten.

Jede Biografie spielt mit beim Tanzvorhaben, die jeweilige Phase der Einschränkung auch. Individuelle Impulse müssen beachtet werden, genauso aber auch die Ressourcen. Die Gruppe sollte homogen zusammengesetzt sein, also möglichst gleiches Leistungsniveau haben, wenn möglich viele Ehepaare, die früher zusammen tanzten. Betreuungs- oder Pflegekräfte werden von Männern oder Frauen gleich gut »betanzt«. Beim Tanzen sind für Ältere auch gleichgeschlechtliche Paare normal, zumindest zwei miteinander tanzende Frauen sind keine Seltenheit, denn biografisch gesehen waren Männer nach dem Krieg eben Mangelware.



Abb. 10: Für ein kleines Tänzchen gibt es immer Gelegenheiten: selbst auf dem Gang.

### Sitztänze

Sitztänze sind bei Gruppenrunden sehr beliebt, sollten allerdings von einer Fachpflegekraft mit einer Zusatzausbildung für Sitztanz ausgeführt werden. Diese kann dann auch bei schwachen Gruppen entsprechend adaptierte Sitztänze anbieten. Sitztänze fördern sowohl die motorischen als auch die kommunikativen Stärken.

Grundsätzlich wirkt sich Bewegung bei Menschen mit demenziellen Veränderungen positiv aus. Ein gezieltes Training hilft, die körperlichen und motorischen Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten oder sie zu reaktivieren.

Gymnastische Tänze »aktivieren, lockern und erwärmen den Körper, lösen Spannungen, fördern und fordern Konzentration, Koordination und Ausdauer.« Tänze, bei denen sich Bälle, Tücher u. v. a. m. benutzen lassen, »haben einen hohen Aufforderungscharakter und lenken vom eigenen Befinden ab. ... Das Hauptaugenmerk richtet sich auf den Gegenstand.« (Vgl. Hammerla, Keller 2012: 22)

**Wichtig**

Vor jedem Transfer aus oder in den Rollstuhl auf Sicherheit achten und die Bremsen einlegen. Dabei dem Bewohner immer ankündigen: »Ich helfe Ihnen jetzt aus dem/in den Rollstuhl« und warten, bis eine Reaktion vom Bewohner kommt. Der Transfer sollte in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten angeleitet werden. Ein Transfer muss immer einheitlich geschehen, dadurch vermittelt man den Bewohnern Sicherheit.

### 13.2.1 Standard Tanzcafé

**Indikationen:**

- Alle Bewohner
- Bewohner, die noch alleine gehen können
- Bewohner im Rollstuhl
- Bewohner mit Bewegungsdrang
- Bewohner mit leichten bis mittleren kognitiven Einschränkungen
- Anwesende Besucher und Angehörige
- Ritual zum Wochenende

**Ziele:**

- Erinnerung an frühere Freizeitbeschäftigung zum Wochenende
- Förderung der Gemeinschaft
- Steigerung des Wohlbefindens durch Bewegung
- Verbesserung von Koordination und Ausdauer
- Sturzprophylaxe

**Maßnahmen:**

- CD-Player und ausgesuchte CDs bereitstellen (Tanzmusik, biografisch bekannte Schlager)
- Bewohner zum Nachmittagskaffee platzieren
- Kaffee und Kuchen werden serviert, während im Hintergrund leichte Musik läuft.
- Die Bewohner werden dazu angeregt, von Erinnerungen an samstägliche Tanzveranstaltungen zu erzählen, und zur Musik zu schunkeln und mitzusingen.
- Nach dem Kaffeetrinken werden einzelne Bewohner zum Tänzchen aufgefordert bzw. zum Tanzen animiert.
- Raum für Tanzfläche freiräumen
- Auswahl passender Tanzmusik, abspielen mit kurzen Pausen
- Bewegung auch bei Rollstuhlfahrern fördern: Schwingen im Takt
- Raum für biografisches Erzählen geben, gemeinschaftliches Unterhalten weiterführen lassen

## LITERATUR

- Aigner A** (2005): Sport und Bewegung im Alter. In: Lebensqualität im Alter. Springer, Wien, S. 281–290.
- Alzheimergesellschaft Mittelhessen e.V.:** Musik und Liedertexte. Wetzlar. **Alzheimer Info 01/2014**
- Andrus V** (2005): Biologische Grundlagen des Alterns und dessen Relevanz für die Lebensqualität. In: Lebensqualität im Alter. Springer, Wien, S. 21–30.
- Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz zum Expertenstandard nach § 113a SGB XI, Thema: Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege. Hochschule Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 28. März 2014**
- Beikirch E, Kämmer K, Roes M** (2015): Handlungsanleitung zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär), der integrativen Strukturierten Informationssammlung (SIS) mit Matrix zur Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zu Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene (Version 1.1). Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, 2. März 2015
- Berger B, Hennings D** (2014): Weder umsonst, noch nebenbei. In: *Altenheim 11/2014*, S. 16–19.
- Berger B, Hennings D** (2014): Mehr Mut zur Bewegung. In: *Altenheim 11/2014*, S. 20–24.
- Bernatzky G, Likar R** (2005): Schmerzphysiologie und Schmerz-Epidemiologie unter besonderer Berücksichtigung des Alters. In: Lebensqualität im Alter. Springer, Wien, S. 167–170.
- BMFSFJ** (2006): Erster Bericht des BMFSFJ über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/5-Situation-bestimmter-bewohnergruppen/5-2-Stationaer-versorgungskonzepte-fuer-demenzranke-aeltere-menschen/5-2-2-betreuungsansatze-und-interventionsformen-bei-demenziellen-erkrankungen.html>, abgerufen am 01.11.2015
- Gipp A** (2010): Tanzen mit Menschen mit Demenz, Lehrbuch – praxiserprobt. Books on Demand GmbH, Norderstedt.
- Hammerla M** (2012): 100 Tipps zur Mund- und Zahnpflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Hammerla M** (2008): Der Alltag mit demenzerkrankten Menschen. Elsevier, München.
- Hammerla M, Keller C** (2012): Seniorenaktivierung kompakt.
- Hesse HP, Bernatzky G** (2005): Musik im Alter. In: Lebensqualität im Alter. Springer, Wien, S. 161–166.
- Jasper B** (2012): Bewegen, Trainieren, Denken. So fördern Sie Heimbewohner optimal. Vincentz Network, Hannover.
- Jansen S** (2014): Mobilisieren statt fixieren. In: *Alzheimer Info 01/2014*, S. 16.

- Lechler L** (2014): Demenzkranke müssen auf Sport nicht verzichten. Coburger Tageblatt vom 13. Juni 2014, S. 13
- Mötzing G** (2009): Beschäftigung und Aktivierung mit alten Menschen. Elsevier, München.
- Pipam W** (2005): Schmerz und Demenz, ein unerforschtes Gebiet. Springer, Wien.
- Rehfeld G, Runge M** (2001): Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team. Thieme, Stuttgart.
- Reisberg B** (1987): Hirnleistungsstörungen: Alzheimersche Krankheit und Demenz. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Runge M, Wahl JH** (1996): Ambulantes Geriatrisches Assessment. Springer-Verlag, Berlin.
- Saal B** (2012): Der Apfelbaum im Schnee. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Schmidt** (2012): Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanweisung. Springer, Wien.
- Tüpker R, Wickel H** (2009): Musik bis ins hohe Alter. BoD GmbH, Norderstedt.
- Zegelin A** (2014): Von der Sitz- zur Bewegungskultur. In: demenz DAS Magazin, 22/2014, S. 14–16.

### Literatur für das Kapitel 3

- Allard M, Lèbre V, Robine JM** (1998): Jeanne Calment. From van Goghs time to ours (»Les 120 ans de Jeanne Calment.Doyenne de l'humanité«).Freman, New York, ISBN 0-7167-3251-3.
- Andersen BB, Jorgen H, Gundersen G, Pakkenberg B** (2003): Aging of the human cerebellum: A stereological study. The Journal of comparative Neurology 466: 356–365.
- Ang LS, Cruz RP, Hendel A, Granville DJ** (2008): Apolipoprotein E, an important player in longevity and age-related diseases. Experimental Gerontology 43: 615–622.
- Bergmann F** (2012): Genetische Aspekte des Alterns. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Bernard JA, Seidler RD** (2014): Moving forward. Age effect on the cerebellum underlie cognitive and motor declines. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 42: 193–207.
- Böcker W, Denk H, Heitz PU, Höfler G, Kreipe H, Moch H** (2012): Pathologie. Urban & Fischer, München, S. 201–263, 851–879, 881–897.
- Bürger M** (1957): Altern und Krankheit. VEB Georg Thieme, Leipzig.
- Claassen H, Schicht M, Paulsen F** (2011): Impact of sex hormones, insulin, growth factors and peptides on cartilage health and disease. Progress in histochemistryandcytochemistry 45: 239–293.
- Dahmen G** (1968): Physiologische und pathologische Veränderungen des Bindegewebes. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie 51: 37–65.

- Drenckhahn D** (2003): Allgemeine Gewebelehre. In: Drenckhahn D (Hrsg.) Benninghoff-Drenckhahn Anatomie, Band 1. 16. Auflage, Urban & Fischer, München und Jena, S. 94–207.
- Eder M, Gedigk P** (1974): Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie. Springer, Berlin, Heidelberg und New York, S. 732–735, 746–763.
- Fahrig A** (2006): Betagte Menschen. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Faller A** (1974): Der Körper des Menschen. 6. Auflage, Thieme, Stuttgart.
- Faller A** (1999): Der Körper des Menschen. 13. Auflage, neu bearbeitet von Michael Schünke, Thieme, Stuttgart und New York.
- Hansen W** (2007): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Schattauer, Stuttgart und New York.
- Hettrich S** (2006): Gedächtnis und intellektuelle Leistung im Alter. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Jakobsson F, Borg K, Edstrom L, Grimby L** (1988): Use of motor units in relation to muscle fiber type and size in man. *Muscle Nerve* 11: 1211–1218.
- Juul A, Bang P, Hertel NT, Main K, Dalgaard P, Jorgensen K, Muller J, Hall K, Skakkebaek NE** (1994): Serum insulin-like growth factor-I in 1030 healthy children, adolescents, and adults: relation to age, sex, stage of puberty, testicular size, and body mass index. *J ClinEndocrinolMetab* 78: 744–752.
- Kaeding TS** (2009): Sarkopenie und Vibrationstraining. *Z GerontolGeriat* 42: 88–92.
- Kappei D, Londono-Vallejo JA** (2008): Telomere length inheritance and aging. *Mechanism of Aging and Development* 129: 17–26.
- Klose GH** (2012): Altersbedingte Veränderungen der Skelettmuskulatur. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Kurosu H, Yamamoto M, Clark JD, Pastor JV, Nandi A, Gurnani P, McGuinness OP, Chikuda H, Yamaguchi M, Kawaguchi H, Shimomura I, Takayama Y, Herz J, Kahn CR, Rosenblatt KP, Kuro-o M** (2005): Suppression of aging in mice by the hormone Klotho. *Science* 309: 1829–1833.
- Kragstrup TW, Kjaer M, Mackey AL** (2011): Structural, biochemical, cellular, and functional changes in skeletal muscle extracellular matrix with aging. *Scand J MedSci Sports* 21: 749–757.
- Krausbeck P** (2009): Die Alzheimer-Demenz und physiologische Alterungsprozesse des zentralen Nervensystems. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

- Labat-Robert J, Robert L** (2014): Aging of connective tissues: experimental facts and theoretical considerations. *Interdiscip Top Gerontol* 39: 104–141.
- Larsson L, Sjodin B, Karlsson J** (1978): Histochemical and biochemical changes in human skeletal muscle with age in sedentary males, age 22–65 years. *Acta Physical Scand* 103: 31–39.
- Lippold K** (2007): Physiologische Altersveränderungen des Skelettmuskels. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Löffler C** (2006): Genetik des Alterns. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Lotz M, Loeser RF** (2012): Effects of aging on articular cartilage homeostasis. *Bone* 51: 241–248.
- Lüllmann-Rauch R** (2012): Taschenlehrbuch Histologie. Binde- und Stützgewebe. Thieme, Stuttgart und New York, S. 119–173.
- Manolagas SC, Parfitt AM** (2010): What old means to bone. *Trends in Endocrinology and Metabolism* 21: 369–374.
- Martin E, Junod JP** (1990): Lehrbuch der Geriatrie. Hans Huber, Bern, Stuttgart und Toronto.
- McDonald RB** (2014) *Biology of aging*. Garland Science, New York und London.
- Mücke FM** (2007): Menschliche Lebenserwartung. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Mühlberg B** (2007): Morbus Alzheimer. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Müller S** (2009): Altersbedingte Veränderungen der Muskulatur. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Paolette S** (2011): Faszien. Anatomie – Strukturen – Techniken – Spezielle Osteopathie. 2. Auflage, Urban & Fischer, München.
- Paulsen F, Waschke J** (2010): Sobotta, Atlas der Anatomie des Menschen: Allgemeine Anatomie und Bewegungsapparat. 23. Auflage, Urban & Fischer, München.
- Platt D** (1997): Altersmedizin. Lehrbuch für Klinik und Praxis. Schattauer, Stuttgart und New York.
- Psyhyrembel W** (2002): Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter, Berlin und New York.

- Riede UN, Werner M, Schaefer HE** (2004): Allgemeine und spezielle Pathologie. 5. Auflage, Thieme, Stuttgart, S. 36–59, 1039–1114, 1115–1176.
- Schünke M, Schulte E, Schumacher U** (2007): Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. 2. Auflage, Thieme, Stuttgart und New York.
- Seifert L** (2009): Der Traum vom ewigen Leben. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Shokolenko KN, Wilson GL, Alexeyev MF** (2014): Aging: A mitochondrial DNA perspective, critical analysis and an update. *World J Exp Med* 4: 46–57.
- Siegenthaler W** (1973): Klinische Pathophysiologie. 2. Auflage, Thieme, Stuttgart, S. 857–867, 918–924.
- Siegenthaler W, Blum HE** (1996): Klinische Pathophysiologie. 9. Auflage, Thieme, Stuttgart und New York, S. 291–325, 981–1029, 1031–1097.
- Snedeker JG, Gautieri A** (2014): The role of collagen crosslinks in ageing and diabetes – the good, the bad, and the ugly. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal* 4: 303–308.
- Stoksa L** (2012): Nervensystem I – Intellektuelle Fähigkeiten und Merkfähigkeit im Alter. Studentisches Referat im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Strasser E, Wessner B, Roth E** (2007): Zelluläre Regulation des Anabolismus und Katabolismus der Skelettmuskulatur bei Immobilität im Alter und bei kritisch Kranken. *Wien KlinWochenschr* 119/11-12: 337–348.
- Tillmann B** (1987): Binde- und Stützgewebe des Bewegungsapparates. In: Leonhardt H, Tillmann B, Töndury G, Zilles K (Hrsg.) *Rauber/Kopsch, Anatomie des Menschen*, Band I, Bewegungsapparat. Thieme, Stuttgart und New York, S. 13–49.
- Tillmann B** (2010): *Atlas der Anatomie*. 2. Auflage, Springer, Heidelberg.
- Wohlrab D** (2011): Altersveränderungen und pathologische Veränderungen an Gelenken und Knochen: Osteoarthrose und Osteoporose. Eingeladener Vortrag im Wahlfach »Altersmedizin« (Leiter: Prof. Dr. Dr. Horst Claassen) des 1. Studienabschnittes für Humanmediziner in der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

## 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 Geriatrisches 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
- Sitztänze 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

**Stefanie Hellmann | Rosa Rößlein**

**Formulierungshilfen  
Expertenstandard  
Erhaltung und Förderung  
der Mobilität in der Pflege**

68 Seiten, Softcover  
ISBN 978-3-89993-829-6  
€ 14,95



- Aktueller Expertenstandard kurz erklärt
- Wichtiges Basiswissen für den Pflegealltag
- Leicht verständlich und praxisnah

Zurzeit muss sich der Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität« in der Praxis bewähren. Wenn er Mitte 2016 in Kraft tritt, wird er für alle Pflegedienste und -heime in Deutschland verbindlich sein.

Dieses Buch stellt kompakt und verständlich dar, wie der Expertenstandard täglich umgesetzt werden kann. Die zahlreichen Fallbeispiele werden durch beispielhafte Formulierungen ergänzt.

[www.buecher.schluetersche.de](http://www.buecher.schluetersche.de)  
Änderungen vorbehalten.



**Johanna Radenbach**

## **Aktiv trotz Demenz**

**Handbuch für die  
Aktivierung und Betreuung  
von Demenzerkrankten**

3., aktualisierte Auflage

208 Seiten, Hardcover  
ISBN 978-3-89993-333-8  
€ 29,95

- Impulse für anregende und aufmunternde Aktivierungen
- Mit umfangreicher Materialliste
- Die ganze Bandbreite an Beispielen für die tägliche Betreuung und Beschäftigung
- Ergänzt um die Themen »Erinnerungszimmer«, »Handtasche«, »Geburtstag feiern« und »Erfolgreich Vorlesen«

Demenzerkrankte aktivieren – aber wie? Welche Spiele, welche Beschäftigungen, welche Bewegungsübungen eignen sich eigentlich für diesen Personenkreis?

Dieses Buch ist eine Fundgrube für die Aktivierung und Betreuung von Demenzerkrankten. Professionellen Pflegekräften und Laien bietet es Fachwissen und viele Ideen zur einfachen, kreativen und sinnvollen Aktivierung. Die meisten Aktivitäten lassen sich zeitlich flexibel einsetzen und sind deshalb auch gut für kurze Aktivierungen geeignet.

In gewohnt kompakter Weise greift die 3., aktualisierte und ergänzte Neuauflage die ganze Bandbreite an Beschäftigungsmöglichkeiten auf.

[www.buecher.schluetersche.de](http://www.buecher.schluetersche.de)  
Änderungen vorbehalten.

## 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



9 783899 933482

